

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL PACIENTE: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____
TAMAÑO DE SU FAMILIA _____ (cuantos son en su hogar)	NOMBRE DEL CABEZA DE FAMILIA _____
INGRESO ESTIMADO _____ <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> ANUAL	FECHA DE NACIMIENTO: _____

EL DEPOSITO INICIAL NO REFLEJA EL COSTO TOTAL DE LA VISITA

Pacientes médicos, incluidos los servicios de OBGYN (obstetricia y ginecología)

Las visitas al consultorio varían de \$80 a \$250 dependiendo de la consulta, el tipo de visita y la complejidad de la atención recibida de su proveedor.

Nuevos pacientes que son de pago propio: \$100.00 deposito requerido al principio de la visita

Pacientes establecidos que son de pago propio: \$80.00 deposito requerido al principio de la visita

Este depósito es requerido antes de que se presten los servicios.

Pacientes de salud dental y conductual

Otras especialidades como salud conductual, dental, u OBGYN pueden requerir copagos o depósitos diferentes o adicionales.

Si se determina que el monto total de su visita es mayor que el depósito recibido, le facturaremos la diferencia. Si se determina que el monto total de su visita es menos que el depósito y no se incurre algún cargo adicional (como laboratorios o tratamientos), emitiremos un reembolso por la diferencia al paciente o persona responsable de la cuenta.

Todos los cargos de copago y coseguro se deben al momento del servicio.

Copagos y/o cargos adicionales pueden ocurrir, en el caso de que el paciente ve a varios miembros del equipo de cuidado extendido o proveedores adicionales de diferentes especialidades en la misma fecha de servicio (por ejemplo: cita de doctor primario y de salud mental en el mismo día o cita de doctor primario y de dentista en el mismo día). Si se reporta una queja medica durante su cita de bienestar, un copago y/o los gastos de su queja medica resultaran en cargos adicionales, ya que será un servicio facturable por separado.

Al firmar a continuación, usted reconoce que entiende completamente.

Certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta de lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios de salud proporcionados por Adelante Healthcare, independientemente de si tengo seguro o no. Entiendo que, Adelante Healthcare tiene contrato con muchas compañías de seguros, es mi responsabilidad verificar con mi plan que Adelante Healthcare es un proveedor participante. Es mi responsabilidad saber lo que es o no es un servicio cubierto. También es mi responsabilidad averiguar cuáles son mis opciones de cobertura con mi plan de seguro. También entiendo que autorizo a Adelante Healthcare para enviar formularios de reclamo de seguro junto con los expedientes médicos necesarios para obtener el pago de mi compañía de seguros. Entiendo que Adelante Healthcare utiliza una agencia de colección externa con el fin de cobrar las cuentas vencidas y si mi cuenta no se paga en su totalidad después de 90 días a partir de la fecha del servicio mi cuenta puede ser entregado a esta agencia. Reservamos el derecho de cobrar una tarifa por cuentas vencidas y cheques devueltos.

FIRMA

FECHA