



Pediatric Orthopedics of Southwest Florida

Kristin M. Cola, DO ♦ Amy J. Harlow, MD ♦ Jordan R. Vokes, MD ♦ Bobby Palmer, MD
Ashley C. Ringland, PA-C ♦ Abigail M. Ray, PA-C ♦ Tiffany J. Mossman, APRN,
PNP-AC Sunita Raghubar, PA-C ♦ Madison Casale, PA-C ♦ Laci Lusco, PA-C, Kish Hill,
PA-C

Por favor complete la siguiente información sobre el paciente y entréguela en recepción (Check-In).
Esta sección corresponde a la información de la persona responsable financieramente del cuidado del paciente.

Información del Responsable Financiero

Nombre del responsable: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Ciudad, Estado y Código Postal: _____

Número de teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Correo electrónico: _____ Número de Seguro Social: _____

¿Quién tiene la custodia legal de este paciente? Igual que el responsable financiero
 Otro (si es otro, por favor complete la siguiente información)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____ Número de contacto: _____

Autorización para Divulgar Información de Salud Protegida (PHI)

Este formulario se utiliza para autorizar a Pediatric Orthopedics of Southwest Florida a divulgar información de salud protegida a las personas designadas a continuación. Esto también permitirá que estas personas (deben ser mayores de 18 años) puedan llevar a su hijo(a) a citas de seguimiento.

Padre/Madre 1: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____ Número de contacto: _____

Padre/Madre 2: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____ Número de contacto: _____

Otro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____ Número de contacto: _____

Acuse de Recibo de las Prácticas de Privacidad

Reconozco haber recibido el aviso de prácticas de privacidad y haber tenido la oportunidad de revisarlo.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Firma del tutor: _____ Fecha de hoy: _____



Pediatric Orthopedics of Southwest Florida

Política Financiera

Gracias por elegir a **Pediatric Orthopedics of Southwest Florida** como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a brindar atención ortopédica de calidad y a un costo accesible.

A continuación, se presenta nuestra Política Financiera, la cual le solicitamos leer y firmar antes de recibir tratamiento.

Planes de Seguro Participantes

Participamos con muchos planes de seguro médico. Sin embargo, si su plan de seguro no es aceptado por esta oficina, el pago total será requerido al momento del servicio. Es su responsabilidad confirmar con su compañía de seguros si nuestros médicos participan en su red de proveedores. Por favor, recuerde que una póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nosotros no somos parte de dicho contrato.

Se requiere la siguiente información:

TARJETA(S) DE SEGURO Y LICENCIA DE CONDUCIR VÁLIDA u otra forma de identificación oficial con fotografía emitida por el gobierno. Nos reservamos el derecho de no presentar reclamaciones a compañías de seguros fuera del estado. Si lo solicita, podemos proporcionarle una copia detallada de su recibo para que usted presente su propia reclamación.

Si su plan de seguro cambia, es su responsabilidad actualizar esa información con nuestra oficina. El no hacerlo puede resultar en que el saldo de la reclamación sea su responsabilidad.

Planes de Seguro No Participantes

Los pacientes asegurados por compañías con las que nuestra práctica no tiene contrato son considerados pacientes de pago directo (self-pay). El pago total será requerido al momento del servicio. Si lo solicita, podemos proporcionarle un historial detallado de las visitas de su hijo(a) para que pueda presentarlo a su compañía de seguros. Solicitudes especiales para facturar compañías de seguros con las que no tenemos contrato podrán ser consideradas a discreción del Gerente de la Práctica.

Referidos y Autorizaciones

Si su seguro médico ha designado un Médico de Atención Primaria (PCP) y requiere autorización previa para atención especializada, usted debe asegurarse de que tengamos un referido válido de su PCP asignado antes de su visita.

Si no se proporciona la autorización requerida, se le solicitará reprogramar su cita o pagar la visita en su totalidad al momento del servicio.

Como cortesía, le ayudaremos a obtener autorizaciones para visitas posteriores.

Es indispensable que mantenga actualizada con nuestra oficina y con su médico de atención primaria cualquier cambio en la información de su seguro. Esta responsabilidad recae en usted.

Responsabilidad Financiera

Un padre, madre o tutor legal debe acompañar al menor en su primera visita. El adulto acompañante será responsable de todos los pagos relacionados con la cuenta.

Si una persona distinta al padre, madre o tutor legal lleva al paciente a visitas posteriores, dicha persona deberá estar autorizada y registrada en el formulario demográfico del paciente.

Asimismo, deberá estar preparada para pagar cualquier copago o saldo pendiente en nombre del garante de la cuenta.

Padres Divorciados de Pacientes

Al firmar este acuerdo, el adulto que registra al menor en nuestra práctica acepta toda la responsabilidad financiera.

Esta oficina no enviará estados de cuenta ni expedientes médicos, ni proporcionará actualizaciones sobre el tratamiento al otro padre, madre o tutor legal.

Pagos

El pago de copagos y coseguros se requiere al momento del servicio.

Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de débito y tarjetas de crédito.

Los pagos y créditos se aplicarán primero a los cargos más antiguos, con excepción de los pagos realizados por compañías de seguros.

Pagos Devueltos

Se aplicará un cargo de **\$35.00** por cualquier cheque devuelto, incluyendo cheques con orden de suspensión de pago (stop payment). El saldo deberá pagarse mediante otra forma de pago. Este cargo se suma al saldo original adeudado.

Cuentas de Pago Directo (Self-Pay)

Los pacientes de pago directo deben pagar el monto total de los servicios al momento de la visita, salvo que se hayan realizado acuerdos financieros previos con nuestro departamento de facturación.

Los estados de cuenta con saldos pendientes del garante serán enviados mensualmente y deberán pagarse al recibirlos.

Consentimiento para Comunicaciones de Facturación por Mensaje de Texto

Autorizo a Pediatric Orthopedics of Southwest Florida a enviarme mensajes de texto relacionados con mi cuenta, incluyendo saldos vencidos, recordatorios de pago y actualizaciones de facturación.

Entiendo que estos mensajes pueden enviarse mediante sistemas automatizados y que pueden aplicarse tarifas estándar de mensajería de mi proveedor telefónico.

Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento respondiendo **"STOP."**

Este consentimiento no es una condición para recibir atención médica.

Equipo Médico Duradero (DME)

Los cargos por equipo médico duradero y suministros (protectores para yeso, yesos impermeables, cabestrillos, zapatos para yeso, etc.) deben pagarse al momento del servicio.

Las compañías de seguros no reembolsan a nuestra práctica por estos productos.

Reembolsos a Pacientes

Requisitos para emitir un reembolso:

- (1) No debe haber reclamaciones pendientes con compañías de seguros en la cuenta.

(2) No debe haber saldos pendientes en la cuenta. La cuenta debe reflejar un saldo de **\$0.00**. Se emitirán reembolsos para créditos mayores de **\$10.00**. Los créditos de **\$10.00 o menos** se conservarán durante 90 días. Si el paciente o garante no solicita el reembolso dentro de ese período, el saldo podrá ser cancelado y no será reembolsado. Se recomienda a los pacientes comunicarse con nuestro departamento de facturación si consideran que tienen derecho a un reembolso.

Expedientes Médicos

El costo de las copias de expedientes médicos es de **\$1.00** por página para las primeras 25 páginas y de **\$0.25** por cada página adicional, con un cargo mínimo de **\$5.00**.

Por favor permita:

- 2 a 3 días para formularios escolares.
- 1 a 2 días para renovaciones de recetas.
- 4 a 7 días para otras solicitudes.

Radiografías

Las copias de radiografías tienen un costo. Los CD que contienen imágenes radiográficas tienen un costo de **\$10.00** cada uno.

AUTORIZACIÓN Y ACUERDO DE PAGO

Autorizo la divulgación de toda la información médica necesaria para procesar reclamaciones de seguros, así como la divulgación de información a mi Médico de Atención Primaria. También autorizo el pago de beneficios médicos directamente a PEDIATRIC ORTHOPEDICS OF SOUTHWEST FLORIDA por los servicios prestados.

En caso de que mi compañía de seguros no pague los servicios prestados, acepto pagar a **PEDIATRIC ORTHOPEDICS OF SOUTHWEST FLORIDA** por los servicios proporcionados, de acuerdo con los términos establecidos en este documento.

