

CALIFORNIA CARDIOVASCULAR AND THORACIC SURGEONS

168 N. BRENT ST # 508 VENTURA CA 93003

Tele (805) 643-2375 - Fax (805) 643-3511

Su ayuda en terminar la información permitirá el mejor servicio para usted. Apreciamos su cooperación.
Termine, firme y vuelva por favor este paquete a nuestra oficina

Información del Paciente

Nombre _____ Edad _____

Fecha de nacimiento _____ No. De SS _____

Estado Civil: Casado__ Soltero__ Divorciado__ Viudo__ Sexo: Masculino__ Femenino__

Domicilio _____ Ciudad _____

Estado _____ Zona Postal _____ Teléfono: () _____ - _____

Idioma Preferido: Ingles: _____ Español: _____ Otro: _____ Etnicidad (no requieren): _____

Raza (no requieren): _____ Estado de Empleo: Empleado _____ Jubilado _____ Desempleado _____

Empleador (Si jubilado o desempleado, por favor indique su último empleador) _____

Ocupación _____ Teléfono del empleador: () _____ - _____

Dirección del Empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Usted tiene un "directorio avanzado," también conocida como "voluntad que vive" o una "energía del abogado durable para el cuidado médico"?

Sí ____ No ____ (Si sí, proporcione por favor una copia para sus expedientes médicos en nuestra oficina)

Nombre del doctor que refiere: _____

Información Medico (por favor lista los nombres de su médicos)

Medico Remitene: _____

Medico Primaria: _____

Ortos Médicos Tratamientos: _____

Información del Cónyuge (si el paciente es un menor de edad, proporcione los datos de la persona responsable)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Teléfono: () _____ - _____ Numero de SS: _____

Estado de Empleo: Empleado _____ Jubilado _____ Desempleado _____ Otro _____

Dirección del Empleador: _____ Ciudad _____ Zona Postal _____

Información de Emergencia (proporcione la información en el pariente más cercano del adulto, no su esposo, que no está viviendo con usted)

Nombre: _____ Relación: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Zona Postal: _____ Teléfono: () _____ - _____

Información de Seguro: (por favor traiga su tarjeta de seguro a su cita y la recepcionista hará una copia gracias)

Medicare: Si _____ No _____ Si es Si, # de Medicare: _____

¿Es Medicare su seguro primario? Si _____ No _____ Medi-Cal: Si _____ No _____

Compañía de seguros o suplemento primaria de Medicare

Nombre de la Compañía: _____ Teléfono: () _____ - _____

Certificado/ Póliza # _____ Grupo # _____

Dirección De Reclamaciones:

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Nombre del suscrito (Tenedor de la póliza) _____

Numero de SS: _____ Fecha de Nacimiento del Suscrito: _____

Compañía de seguros secundaria o suplemento primaria de Medicare

Nombre de la Compañía: _____ Teléfono: () _____ - _____

Certificado/ Póliza # _____ Grupo # _____

Dirección De Reclamaciones:

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Nombre del suscrito (Tenedor de la póliza) _____

Numero de SS: _____ Fecha de Nacimiento del Suscrito: _____

Firma

La Información proporcionada arriba es verdadera y correcta de acuerdo con lo mejor a mi conocimiento

Firma del paciente o parte responsable

Fecha

INFORMACION DEL SEGURO Y POLIZA DE FINANZAS

Gracias por elegirnos como su proveedor para el cuidado de su salud. Estamos comprometidos para hacer que su cuidado de salud sea menos estresante y más efectivo al aclarar sus responsabilidades de financiamiento por adelantado. Por favor lea ambos lados, firme donde sea apropiado, y regrese este formulario a nuestra oficina. Nosotros gustosos le contestaremos cualquier pregunta que usted tenga.

INFORMACION DE SEGURO

Lo siguiente es un resumen de las normas de nuestra oficina pertinente a la cobertura del seguro

CONTRATO DE SEGURO PRIVADO: Somos que contraen o que participan con muchos programas privados del seguro. Si usted es un miembro de uno de los planes que contraemos con, aceptaremos el pago en el nivel permitido por su programa (a menos que si usted tiene seguros múltiples), aunque usted será responsable de cualquier deducible, co-pago o el co-seguros requerido por su plan. Los ajustes necesarios a sus cargas mandadas la cuenta serán hechos después de que el pago se reciba del pagador. Compruebe por favor con su personal de oficina de negocio para verificar si contraemos con su programa.

OTROS SEGUROS PRIVADOS: Nosotros le ayudaremos a facturarle a su compañía de seguros. Sin embargo, usted es responsable por todos los cargos facturados a usted. Nos reservamos el derecho de pedirle un depósito antes de que se le proporcionen los servicios. Nos consta que la mayoría de las aseguradoras solo cubren una parte de sus gastos médicos y usted tendrá que pagar algún balance.

PACIENTES DE MEDICARE: Nuestra oficina es participante del grupo de médicos de Medicare. Como tal, solo se requerirá de los pacientes de Medicare que paguen la diferencia entre lo que Medicare, lo cual es el seguro compartido de Medicare y el deducible. Se harán los ajustes necesarios de nuestros cargos facturados después del pago recibido de Medicare.

PACIENTES DE MEDI-CAL: Nuestra oficina acepta pacientes de Medi-Cal y cobertura de Medi-Cal en base limitada. Usted quizá desee discutir su caso particular con nuestra oficina de negocios para determinar si podemos aceptarle a usted y/o su cobertura por el mes de servicio.

PAGOS COMPARTIDOS: Si su plan de salud requiere un pago compartido en el momento de servicio, por favor este preparado a efectuar el pago apropiado.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Por favor recuerde que el seguro es considerado como un método para reembolsar al paciente por los honorarios pagados al doctor y no es un sustituto del pago. Usted es responsable por la factura.

Algunas compañías pagan remuneraciones fijas por cierto procedimientos, otras pagan un porcentaje de los cargos. Con las compañías que nosotros contratamos, nosotros ajustaremos nuestro balance adeudado de acuerdo con nuestro contrato con el portador del seguro. Es su responsabilidad el pagar cualquier deducible, pago compartido, seguro compartido y cualquier balance no cubierto por su seguro que no estemos requeridos de ajustar.

Es su responsabilidad el proporcionarnos con toda la información que pudiéramos requerir para remitir apropiadamente las peticiones de sus beneficios. Nosotros trabajaremos con su compañía de seguros dentro de lo razonable. Sin embargo, usted es responsable de los cargos por el servicio que usted incurra. Si usted tiene cualquier pregunta, siéntase con la libertad de discutirla con un miembro del personal de nuestra oficina de negocios.

Todos los balances son pagaderos a los 30 días de la fecha que muestra el balance. Usted puede pagar en efectivo, cheque, Visa o Mastercard. Si su cuenta se asigna a un abogado para la colección y/o la litigada, la parte que prevalece será dado derecho a los honorarios razonables del abogado y al coste de la colección.

He leído la información del seguro y la declaración financiera de la responsabilidad y entiendo su contenido

Fecha _____

Firma del Paciente (Parte Responsable)

ADJUDICACIÓN DE BENEFICIOS

Yo por la presente adjudico todos los beneficios médicos/quirúrgicos de la compañía de seguros a los cuales yo tenga derecho a Cirujanos Cardiovasculares Y Torácica de California. Seguirá habiendo esta asignación en efecto hasta revocado por mí en la escritura. Entiendo que soy financieramente responsable de todas las cargas si o no pagado por el seguro dicho. Autorizo por este medio a cesionario dicho a lanzar toda la información necesaria para asegurar el pago de las ventajas dichas.

Fecha _____

Firma del Paciente _____

Firma del Asegurado _____

ADJUDICACIÓN A MEDICARE

Si usted tiene Medicare, por favor firme lo siguiente:

Yo solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare sean hechos a mí, o en mi nombre a Cirujanos Cardiovasculares Y Torácicos de California por cualquier servicio que me haya proporcionado el medico o el proveedor. Yo autorizo a cualquiera que tenga información medica sobre mi a que otorgué a la Administración de Finanzas del cuidado de salud y sus agentes lo que sea necesario para determinar los beneficios a pagar por los servicios relacionados.

Entiendo que mi firma solicita que el pago esté hecho y que autoriza el lanzamiento de la información médica necesario para pagar la demanda. Si la otra cobertura del seguro médico se indica en el artículo 9 de la forma de demanda HCFA-1500 o a otra parte en las formas de demanda aprobadas o las demandas electrónicamente sometidas, mi firma autoriza lanzar de la información al asegurador o a la agencia demostrada. En seguro de enfermedad asignado casos, el médico o el surtidor acuerda aceptar la determinación de la carga del portador de Medicare como la carga completa, y el paciente es responsable solamente del deducible, del seguro compartido, y de los servicios no cubiertos. El seguro compartido y deducibles se basan sobre la determinación de la carga del portador de Medicare.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Si la firma no es del paciente, escriba el nombre del paciente seguido por la persona que esta firmando, y complete lo siguiente:

Nombre de la persona que firma: _____

Dirección de la persona que firma: _____

Parentesco con el paciente: _____

Razón por la que el paciente no pudo firmar: _____

CONSENTIMIENTO PARA OTORGAR INFORMACION

Yo pro medio de la presente autorizo a Cirujanos Cardiovasculares y Torácicos de California a proporcionar información a cualquier medico que haya referido, agencia o compañía(s) de seguro que haya anotado en el formulario información del paciente.

Fecha: _____ Firma del Paciente: _____

CALIFORNIA CARDIOVASCULAR AND THORACIC SURGEONS

**RECONOCIMIENTO DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACION
DE PARACTICAS DE PRIVACIDAD**

Doy aquí conocer que he recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad de los Cirujanos Cardiovasculares y Torácicos de California. Además doy a conocer que una copia de esta notificación estará anunciada en la recepción, y que se me ofrecerá una copia de cualquier notificación enmendada de las prácticas de privacidad, en cada vista.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Si no es firmado por el paciente, por favor indique:

Relación:

_____ **Padres, guarda del paciente de menor importancia**

_____ **Guardián o conservador de un paciente incompetente**

_____ **Beneficiario o representante personal del paciente difunto**

Nombre del paciente: _____