

CENTRO DE REHABILITACION Y ELECTRODIAGNOSTICO DE HATO REY

Favor complete toda la información

Nombre: (como aparece en tarjeta de plan médico) _____

Edad: ____ **Sexo:** Femenino Masculino Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Mes Día Año

Para Uso del Centro

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)

Raza: Blanco Negro Afro-Americano Asiático Otro

Etnicidad: Hispano o Latino No-Hispano o Latino *información solicitada por Medicare

Nacionalidad: _____ **Religión:** _____ **Lenguaje:** _____

Mano Dominante: Derecha Izquierda Ambidiestro

Dirección Postal: _____

Dirección Física: _____

Teléfonos: Casa (____) _____ Celular (____) _____ Trabajo (____) _____

Email: _____ (No compartimos direcciones de correo electrónico con terciarios)

Forma que prefiere que se le contacte: Email Teléfono

Estatus Laboral: Tiempo completo Tiempo parcial Retirado No trabajo Ama de casa Estudiante Incapacitado

Ocupación _____ **Lugar de Trabajo** _____

Plan Médico Primario: _____

Nombre del socio **Relación con usted**

Plan Médico Secundario: _____

Nombre del socio **Relación con usted** Fecha de nacimiento del **Socio:** ____ / ____ / ____
Mes Día Año

¿Su lesión está reportada a **ACAA**? Sí No ---- Fecha: ____ / ____ / ____
Mes Día Año

¿Su lesión está reportada al **Fondo**? Sí No

¿Ha recibido tratamientos de terapia física o quiropráctica durante los últimos **12 meses**? Sí No ¿Cuántos? ____ ¿Cuándo? ____

Persona de contacto que no viva con usted:

Nombre: _____ Relación con usted: _____ Teléfono: (____) _____

Nos gustaría saber cómo supo de nuestra oficina o quien lo refirió a nosotros:

Familiar/Amigo(a) Guía Telefónica Internet Referido por Médico (indique): _____

Nombre de la farmacia donde desea recibir sus recetas electrónicamente	Pueblo	Código de área	Teléfono

Continúa Atrás

POLITICA FINANCIERA

Gracias por elegir al **Centro de Rehabilitación y Electrodiagnóstico de Hato Rey** como su proveedor para el cuidado de su salud. Estamos comprometidos a que su tratamiento sea exitoso. Por favor, entienda que el pago de su factura se considera una parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera que se requiere que usted lea y firme antes de cualquier tratamiento. Todos los pacientes deben completar esta información antes de ver al fisiatra.

Forma de Pago

Facturamos a todas las compañías de seguros **contratadas**, sin embargo, si usted no trae la información de su seguro a su primera cita, se le requerirá el pago al momento del servicio y se le entregará un recibo. Todos los co-pagos serán requeridos al momento del servicio. Para su conveniencia, tenemos las siguientes opciones para el pago de su factura: Aceptamos efectivo, VISA, MasterCard y American Express.

Seguros

El saldo es su responsabilidad si su compañía de seguros no paga. Se enviara una factura por correo donde tendrá 30 días para pagarla. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros, nosotros no somos parte de ese contrato. Si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta en su totalidad dentro de **90** días, el balance puede ser automáticamente transferido a usted. Tenga en cuenta que algunos de los servicios prestados pueden ser servicios no-cubiertos y no considerados razonables y necesarios en el marco del Programa de Medicare y/u otro seguro médico. Es su responsable proporcionar toda información enviada a usted por su compañía de seguros, donde el no brindar esta información cause retraso o denegación de pago, convirtiéndose así en su responsabilidad de cubrir los mismos.

En el caso que su cubierta de seguro cambie a un plan donde nosotros no seamos proveedores participantes, usted será responsable de los gastos por servicio y deberá solicitar recibo. En el caso de que el servicio prestado vaya hacia el cumplimiento de su deducible anual, el costo del servicio será su responsabilidad y será pagadero dentro de los primeros 30 días de haber recibido la factura.

Por la presente autorizo a mi compañía de seguros a emitir pago directamente al **Centro de Rehabilitación y Electrodiagnóstico de Hato Rey** de cualquier servicio que pueda recibir. Autorizo la entrega de cualquier información necesaria para procesar o facilitar el pago de mi cuenta, a mi aseguradora.

Tarifas usuales y habituales

Nuestra práctica se compromete a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes y nosotros cobramos lo que es uso y costumbre en nuestra especialidad. Usted es responsable del pago, independientemente de cualquier determinación arbitraria por parte de su compañía de seguros.

Pacientes menores de edad

El adulto que acompañe a un menor de edad o los padres (o tutores de los menores) son responsables del pago completo después que el seguro haya pagado su parte. Para los menores no acompañados, la terapia física se dará sólo con el consentimiento y la firma de nuestra Política Financiera e Información por parte del padre o custodio.

Casos en Litigio

No es la política de esta oficina el retrasar el cobro de cargos que se esté reclamando en cualquier litigación. El pago se espera se haga al recibir el tratamiento.

Citas perdidas

Si no es cancelada, a excepción de un caso de urgencia, por lo menos con 24 horas de antelación, nuestra política es cobrar por citas perdidas la tarifa de **\$ 10.00** por visita. Por favor ayúdenos a servirle mejor asistiendo a sus citas programadas.

Interés

Nos reservamos el derecho a cobrar intereses por un monto de 1.5% por cada mes que el pago no se reciba. Si usted tiene un balance pendiente de más de 60 días su cuenta puede pasar a una agencia de cobro. En el caso de que se incurra en gastos por el cobro de la cuenta, usted será responsable de pagar costos y gastos, incluyendo honorarios de la agencia de cobro, honorarios de abogados y todos los costos de corte.

Divulgación de correo electrónico

Al proporcionar su correo electrónico al **Centro de Rehabilitación y Electrodiagnóstico de Hato Rey**, nos permite compartir información con usted sobre nuestra empresa y servicios. No compartimos las direcciones de correo electrónico con terceros. Estamos a su disposición si tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído, entendido y acepto la Política Financiera.

X _____

Firma del Paciente o Persona Responsable

Fecha: ____/____/____