



Formulario de Responsabilidad Financiera del Paciente

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Gracias por elegir un médico de Florida Foot and Ankle para sus necesidades de podiatria. Nos sentimos honrados por su eleccion y estamos comprometidos a proveerle con la mayor calidad de la atencion.

Le pedimos que lea y firme este formulario para reconocer su comprension de nuestras poliza financieras de los pacientes.

Responsabilidades Financieras de los Pacientes

- Los pacientes son responsables por el pago de copagos , coseguros , deducibles , y todos los demás procedimientos o tratamientos que no estén cubiertos por su plan de seguro.
- Para su comodidad , Florida Foot & Ankle Associates , LLC (FFAA) facturará el seguro del paciente por los servicios prestados . Sin embargo , se requiere el paciente para proporcionar FFAA con la información correcta y la actualización acerca de su cobertura de seguro .
- El paciente (o tutor del paciente, si es menor de edad) es en última instancia responsable por el pago del tratamiento y los servicios prestados por la FFAA.
- Los pacientes serán responsables por el pago de cargos adicionales incurridos pero no limitado a lo siguiente:
 - Cargo por cheques devueltos
 - Cualquier costo asociado con la colección de los saldos de los pacientes
 - Carga para las citas perdidas sin aviso previo de por lo menos 24 horas antes de la cita.

CERTIFICACION DEL PACIENTE DE MEDICARE Y MEDICAID –AUTORIZACION PACIENTES DE CERTIFICACION PARA DIVULGAR INFORMACION Y SOLICITUD DE PAGO: Certifico que la información dada por mí en la solicitud de pago bajo el Título VII y / o Título XIX , de la Ley del Seguro Social, es correcta . Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a liberar a la Administración del Seguro Social o sus compañías intermediarias , cualquier información necesaria para tal o una reclamación de Medicare o Medicaid . Solicito que el pago de los beneficios autorizados se hagan en mi nombre . Cedo los beneficios pagaderos por el médico (s) de servicios . Yo entiendo que soy responsable de mi deducible del seguro de salud y co -seguro.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con las disposiciones de este Formulario de Responsabilidad Financiera del Paciente .

Firma del paciente o tutor

Fecha



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Yo voluntariamente mi consentimiento para la licitación de la atención, incluyendo , la administración de anestésicos y la realización de procedimientos diagnósticos y / o quirúrgicos . Entiendo que estoy bajo el cuidado y supervisión del médico a cargo y es responsabilidad del personal para llevar a cabo las instrucciones de dicho médico.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: El médico(s) puede divulgar la totalidad o parte del expediente del paciente a cualquier persona o empresa que sea o pueda ser responsable en virtud de un contrato para el médico (s) o para el paciente o para un miembro de la familia o el empleador del paciente para todos o parte del médico (s) cobra , incluyendo pero no limitado a , las compañías de seguros , compañías de compensación de trabajadores , los fondos de asistencia social, o el empleador del paciente.

CERTIFICACION DEL PACIENTE DE MEDICARE Y MEDICAID –AUTORIZACION PACIENTES DE

CERTIFICACION PARA DIVULGAR INFORMACION Y SOLICITUD DE PAGO: Certifico que la información dada por mí en la solicitud de pago bajo el Título VII y / o Título XIX , de la Ley del Seguro Social, es correcta . Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a liberar a la Administración del Seguro Social o sus compañías intermediarias , cualquier información necesaria para tal o una reclamación de Medicare o Medicaid . Solicito que el pago de los beneficios autorizados se hagan en mi nombre . Cedo los beneficios pagaderos por el médico (s) de servicios . Yo entiendo que soy responsable de mi deducible del seguro de salud y co -seguro.

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que me dieron una copia de la Notificación de prácticas de privacidad y que he leído (o tenido la oportunidad de leer si yo lo elegí) y entendí el Aviso.

Firma del paciente o tutor

Fecha

Nombre del Paciente

Padre o Representante Autorizado

(Si corresponde)