

Internal Medicine & Healthy Lifestyle

7125 Hoffner Ave Ste #102 , Orlando FL, 32822

Phone : 407-203-1880

ramosmd@internalmedhl.com

AUTORIZACIÓN, CESIÓN DE BENEFICIOS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN.

Por la presente autorizo la divulgación de información médica, incluidos registros médicos completos, resultados de pruebas e información de facturación, a mi compañía de seguros y a otros profesionales e instituciones médicas a los que pueda ser remitido para recibir tratamiento. Entiendo que esta información se utilizará para revisar, investigar o realizar el pago de un reclamo, y para revisar registros de iniciativas de mejora de la calidad, cumplimiento de auditorías, gestión de utilización y resolución de quejas. Autorizo el pago directamente a Internal Medicine & Healthy Lifestyle por todos los beneficios médicos o quirúrgicos que de otro modo serían pagaderos a mí según los términos de mi seguro. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los copagos, coseguros, deducibles y servicios no cubiertos. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

ACUERDO FINANCIERO

Entiendo que soy directamente responsable de todos los cargos incurridos por los servicios médicos para mí y mis dependientes, independientemente de la cobertura del seguro. Autorizo el tratamiento de la persona mencionada anteriormente y acepto pagar todos los honorarios y cargos por dicho tratamiento. Acepto pagar todos los cargos para mí y los miembros de mi familia que se muestran en los estados de cuenta. Se acuerda que los cargos mostrados en los estados de cuenta son correctos y razonables a menos que se proteste por escrito dentro de los 30 días posteriores a la fecha de facturación. Además, acepto pagar intereses legales, gastos de cobro y honorarios de abogados incurridos para cobrar cualquier cantidad que deba. Se acuerda que los pagos no se retrasarán ni retendrán debido a cualquier cobertura de seguro o la tramitación de reclamaciones al respecto, y todos los ingresos del seguro se asignan a esta oficina cuando corresponda.

ACUERDO: La información anterior tiene el propósito de obtener crédito y se garantiza que es cierta.

Cualquier documento a completar tendrá un costo adicional (Ejemplo: FMLA, ID de estacionamiento, documento de incapacidad largo o corto...etc.)

POLÍTICA DE CANCELACIÓN / NO PRESENTACIÓN

Entendemos que hay ocasiones en las que debe faltar a una cita debido a emergencias u obligaciones laborales o familiares. Sin embargo; Cuando no llama para cancelar una cita, es posible que esté impidiendo que otro paciente reciba el tratamiento que tanto necesita. Por el contrario, puede surgir la situación en la que otro paciente no cancele y no podamos programar una visita debido a que el libro de citas aparentemente está "lleno". Si una cita no se cancela con al menos 24 hrs de anticipación se le cobrará una tarifa de \$30 dólares; esto no estará cubierto por su compañía de seguros y debe pagarse antes de su próxima cita.

CITAS PROGRAMADAS

Entendemos que pueden ocurrir retrasos, sin embargo, debemos tratar de mantener a los demás pacientes y al médico a tiempo. Si un paciente pasa 15 minutos de la hora programada para su cita, tendremos que reprogramar la cita.

SALDOS DE CUENTAS

Exigimos que los pacientes con saldos de pago por cuenta propia paguen el saldo de su cuenta a cero (0) antes de recibir más servicios de nuestra práctica. Los pacientes que tengan preguntas sobre sus facturas o que deseen analizar una opción de plan de pago pueden llamar y solicitar hablar con un representante de la oficina comercial con quien puedan revisar su cuenta y sus inquietudes. Los pacientes con saldos deben realizar el pago antes de programar citas futuras.

SOLICITUD DE TRATAMIENTO

Autorizo al personal del grupo a realizar la atención ordenada por mis médicos. Entiendo que tengo derecho a que mi médico me informe sobre la naturaleza de cualquier procedimiento propuesto y cualquier alternativa, método o tratamiento disponible junto con una explicación del riesgo asociado con cada procedimiento. Este formulario no sustituye dichas explicaciones, que son responsabilidad de mi médico brindarlas de acuerdo con los estándares reconocidos de la práctica médica, y reconozco que el grupo y su personal son responsables de proporcionar esta información.

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar este formulario, usted acusa recibo del Aviso de prácticas de privacidad de Internal Medicine Services LLC (dba Internal Medicine & Healthy Lifestyle). Nuestro Aviso de prácticas de privacidad incluye información sobre cómo podemos usar y divulgar su información protegida. Le animamos a que lo lea atentamente. Nuestro Aviso de prácticas de privacidad está sujeto a cambios.

Signature : ☒ _____ Date : _____
Patient/ Parent / Guardian

☒ _____
Name of Patient or Representative (Print Please) Relationship to Patient

Office use : We attempted to obtain written acknowledgement, but couldn't be obtained for the following reason:

- ☐ Patient or Representative refused to sign
- ☐ Emergency situation prevented signature
- ☐ Other : _____

☐ Initials of Employer : _____