

## HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE DE SHENANDOAH HEAD & NECK SPECIALISTS

Cuadro #: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombres de los padres si son menores de edad: Padre: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, comuníquese con: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ teléfono #: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SEGURO

**PRESENTE LA(S) TARJETA(S) DE SEGURO EN LA RECEPCIÓN CUANDO LLEGUE A SU CITA. EL COPAGO SE DEBE PAGAR EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.**

#### AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE Y DEL RESPONSABLE/AUTORIZACIÓN PARA TRATAR

1. Autorizo a Shenandoah Head & Neck Specialists, LLC y SHNS Hearing Services, LLC a solicitar beneficios en mi nombre por los servicios cubiertos prestados y solicito que los pagos de la compañía de seguros mencionada anteriormente se realicen directamente al proveedor de la persona tratada nombrada. Certifico que la información reportada sobre mi cobertura de seguro es actual y precisa. Además, autorizo la divulgación de cualquier información necesaria, incluida la información médica para este o cualquier reclamo relacionado con el agente anterior. Entiendo que soy responsable de cualquier saldo que no esté cubierto por mi seguro.

**2. Entiendo que si veo a un proveedor y tengo una prueba de audio el mismo día, mi compañía de seguros puede cobrar un copago por cada departamento.**

3. Después de recibir el pago de su compañía de seguros, cualquier saldo pendiente se transferirá a su responsabilidad personal. En ese momento, se le pedirá que liquide su cuenta en un plazo de 90 días. Cualquier saldo impago incurrirá en un cargo por pago atrasado de \$25.00. La falta de pago de su factura de manera oportuna puede resultar en que reenviemos su cuenta a una agencia de cobranza.

4. En caso de que procedamos con las cobranzas, usted será responsable de los costos que nos cobre nuestro agente de cobranza. Además, no programaremos citas futuras hasta que haya liquidado este saldo pendiente. EN TODOS LOS CASOS, LOS HONORARIOS PROCESIONALES SON RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE, CÓNYUGE, TUTOR Y/O PADRE. El cargo financiero (SIN CARGO SI SE PAGA DENTRO DE LOS 30 DÍAS POSTERIORES A LA FECHA DE FACTURACIÓN) se calcula mediante una "tasa periódica" del 1 1/2% por mes, que es una TASA DE PORCENTAJE ANUAL DEL 18% aplicada al saldo anterior sin deducir los pagos actuales y / o créditos que aparecen en una factura determinada. El paciente o la parte responsable acuerdan pagar todos los honorarios de cobro al 40% del saldo principal y cualquier gasto legal, incluidos, entre otros, los honorarios de la agencia de cobro y del abogado, todos los costos relacionados con el tribunal, los honorarios de servicio y presentación, los honorarios de interrogatorio y embargo, así como cualquier interés que pueda adjudicarse por el cobro de deudas vencidas. Para que podamos dar servicio a su cuenta o cobrar cualquier monto que nos adeude, usted nos autoriza a nosotros y a nuestros médicos afiliados, así como a sus afiliados, que incluyen cobradores de deudas, a comunicarnos con usted a cualquier número de teléfono asociado con su cuenta, incluido el número de teléfono móvil, lo que podría resultar en cargos para usted. Los métodos de contacto incluyen, entre otros, el uso de mensajes de correo de voz pregrabados, mensajes de correo de voz artificiales, sistemas de marcación telefónica automática, sistemas de marcación telefónica predictiva, recordatorios automatizados de mensajes de texto SMS y fax, según corresponda.

5. Nuestra política de devolución de cheques es una tarifa de \$ 25.00. Si no se paga dentro de los 30 días hábiles, su cuenta puede ser enviada a una agencia de cobranza.

\_\_\_\_\_  
Responsable (Imprimir)

\_\_\_\_\_  
Firma de la Parte Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha