

HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE DE LOS ESPECIALISTAS EN CABEZA Y CUELLO DE SHENANDOAH

Gráfico #: _____ Verificación del personal: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Años: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____ Número de Seguro Social : _____

Dirección de envío: _____ Código postal: _____

Dirección física si apartado postal: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ **Teléfono móvil:** _____

Correo electrónico: _____

Nombres de los padres si es menor: Padre: _____ **NSS:** _____
 Madre: _____ **NSS:** _____

En caso de emergencia por favor notifique: _____

Relación: _____ Teléfono #: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Compañía de seguros principal: _____

Número de identificación de la póliza: _____ **Grupo #:** _____

Nombre del titular de la póliza: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleado: _____

Relación con el paciente: circule uno: Uno mismo Cónyuge Madre Padre Otro _____

Compañía de seguros secundaria: _____

Número de identificación de la póliza: _____ **Grupo #:** _____

Nombre del titular de la póliza: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleado: _____

Relación con el paciente: Encierre uno en un círculo: Yo Cónyuge Madre Padre Otro _____

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE Y PARTE RESPONSABLE/ AUTORIZACIÓN PARA TRATAR

- Autorizo a Shenandoah Head & Neck Specialists, LLC a solicitar beneficios en mi nombre por los servicios cubiertos prestados y solicitar que los pagos de la compañía de seguros antes mencionada se hagan directamente al proveedor de la persona tratada nombrada. Certifico que la información reportada sobre mi cobertura de seguro es correcta y autorizo además la divulgación de cualquier información necesaria, incluida la información médica para este o cualquier reclamo relacionado con el agente anterior.
- Después de recibir el pago de su compañía de seguros, cualquier saldo pendiente se transferirá a su cuenta personal. responsabilidad. En ese momento, se le pedirá que liquide su cuenta dentro de los 90 días. Cualquier saldo impago incurrirá en \$ 25.00 cargo por demora. Si no paga su factura a tiempo, es posible que enviemos su cuenta a una agencia de cobro.
- Si procedemos con los cobros, usted será responsable de cualquier costo que nos cobre nuestro agente de cobro. En 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. Finanzas (SIN CARGO SI SE PAGA DENTRO DE LOS 30 DÍAS DE LA FECHA DE FACTURACIÓN) se calcula mediante una "tasa periódica" de 1 ½% mensual, que es una TASA PORCENTUAL ANUAL DEL 18% aplicada sobre el saldo anterior sin descontar pagos y/o créditos actuales que aparecen en cualquier factura dada. El paciente o la parte responsable aceptan pagar cualquier y todo el cobro honorarios al 40 % del saldo principal y cualquier gasto legal, incluidos, entre otros, los honorarios de la agencia de cobro y de los abogados, todos los costos relacionados con la corte, tarifas de servicio y presentación, tarifas de interrogatorio y embargo, así como cualquier interés que pueda ser adjudicado para el cobro de deudas vencidas. Para que podamos dar servicio a su cuenta o cobrar cualquier cantidad que pueda nos debe, nos autoriza a nosotros y a nuestros médicos afiliados, así como a sus afiliados, que incluyen cobradores de deudas, a contactar a cualquier número de teléfono asociado con su cuenta, incluido el número de teléfono inalámbrico, lo que podría resultar en cargos a usted. Los métodos de contacto incluyen, entre otros, el uso de mensajes de correo de voz pregrabados, mensajes artificiales mensajes de correo de voz, sistemas de marcación telefónica automática, sistemas de marcación telefónica predictiva, texto SMS automatizado recordatorios de mensajes y fax, según corresponda.
- Nuestra política de devolución de cheques es un cargo de \$25.00. Si no se paga dentro de los 30 días hábiles, su cuenta puede ser enviada a una colección agencia.

Firma responsable

Firma

Fecha