



Acuerdo Financiero y Notificación de Políticas de Privacidad

Cuidado de calidad para nuestros pacientes es nuestra prioridad. Por favor, tome unos minutos y revise el acuerdo financiero y notificación de política de privacidad y firme donde indica formulario. Si tiene alguna pregunta, por favor háganoslo saber.

Información Personal

Nombre	Apellido	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento

Acuerdo Financiero

Rolling Hills está comprometido a proveer el más alto nivel profesional de atención médico / dental y servicio personalizado. Por cada compromiso existe la obligación de proporcionar cuidado y servicio de calidad. Inversa, es la responsabilidad del paciente / tutor cumplir con sus obligaciones financieras.

Puesto que nuestra clínica acepta diversos planes de seguro , es imposible que conoscamos todos los beneficios cubiertos, co-pagos y deducibles de cada plan. Aunque es nuestra intención de ayudarlo, sigue siendo su responsabilidad de asegurar que todos los servicios rendidos por Rolling Hills Clinic en su nombre se paguen en su totalidad. Para pacientes cuyo seguro se proporciona mediante un plan con el cual contratamos, someteremos un reclamo de seguro, pero nuestra oficina anticipa pagos el mismo día de servicio de todos los copagos, deducibles y servicios no cubiertos.

- Los planes de tratamiento pueden cambiar; Yo entiendo que soy responsable por el tratamiento realizado.
- Entiendo que si comienzo tratamiento importante que implica trabajo de laboratorio, sere responsable por la tarifa en ese momento.
- Si soy enviado a colecciones, estoy de acuerdo en pagar todas las cuotas correspondientes y costos judiciales.
- Acepto pagar un cargo financiero del 1,5% mensual (18%) Anual sobre saldos pasados de 90 días.

Es importante que traiga comprobante de seguro cada vez que visite la clínica. El no hacerlo puede resultar en no ser visto o ser obligado a pagar en completo los servicios prestados. Rolling Hills Clinic acepta efectivo, cheques o tarjetas de crédito. Comprobante de elegibilidad de Medicare, MediCal y compañías de seguros contratados son responsabilidad del paciente. Si la compañía de seguros reporta que el paciente no es elegible, el paciente es responsable por pagos completos de los cargos, incluso si la litigación está pendiente. Por favor, haga todo lo posible de dejarnos saber si su seguro (primario o secundario) o información personal (dirección, empleador, o número de teléfono) ha cambiado desde su última visita. Entendemos que la cobertura del seguro es muy confusa para mucha gente, y estamos comprometidos a ayudarlo con cualquier pregunta que usted pueda tener. Sienta por favor libertad de llamar a nuestra oficina.

He leído y comprendido la política que se ha dicho.

Firma del Fiador / Responsable	Nombre del Fiador / Responsable

Autorización para liberación y Asignación de Beneficios

La liberación de Beneficios y Información: Autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente a la clínica de Rolling Hills. Soy financieramente responsable de cualquier balance. Autorizo a Rolling Hills Clinic para liberar toda información necesaria para el procesamiento de una reclamación. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las sumisiones del seguro ya sea manual o electrónica.

Firma del Fiador / Responsable	Nombre del Fiador / Responsable

Autorización de Medicare

Solicito que pagos de beneficios autorizados por Medicare se hagan en mi nombre a la Clínica de Rolling Hills por los servicios hechos a mí. Autorizo a cualquier poseedor de mi información médica liberar a la Administración de financiamiento y Beneficios y sus agentes cualquier información necesaria para determinar beneficios o pagos por servicios relacionados a mi cuidado. Entiendo que mi firma solicita que se efectúe el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. Si " otro seguro de salud, " se indica en el punto 9 del formulario HCFA -1500, o en otros lugares en otros formularios aprobados o reclamaciones presentadas electrónicamente, mi firma autoriza la liberación de la información a la compañía de seguros o agencia. En los casos asignados de Medicare, el médico o el proveedor se compromete a aceptar la determinación de la carga del portador de Medicare como la carga completa, y el paciente es responsable sólo por el deducible, coaseguro y los servicios no cubiertos. Coaseguro y deducibles se basan en la determinación de la carga del portador de Medicare.

He leído y comprendido la Autorización de Medicare de Rolling Hills Clinic como se describió anteriormente.

_____	_____
Firma del Beneficiario	Nombre del Beneficiario

Notificación de Política de Privacidad

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de la Notificación de prácticas de privacidad de HIPAA. Entiendo que estoy dando mi permiso a la clínica para la divulgación de mi información de salud protegida referente a mi tratamiento médico y dental. El propósito de esta información es brindar al paciente la mejor atención posible en relación con sus tratamientos médicos y dentales, referencias, recetas, actividades de pago y operaciones de atención médica. Su información no será vendida a empresas externas. También entiendo que tengo el derecho de revocar este permiso en cualquier momento. Entiendo que esta información también puede ser utilizada para contactar al paciente para recordarle sus citas de atención médica o dental en la clínica. Doy mi permiso a la clínica para dejar mensajes a personas o máquinas de correo de voz a los números de teléfono que he proporcionado.

La información del paciente puede ser entregada a las siguientes personas mencionadas a continuación:

_____	_____
Nombre	Relación
_____	_____
Nombre	Relación
_____	_____
Nombre	Relación

He leído y comprendido la Notificación de Política de Privacidad, como se describe más arriba de Rolling Hills Clinic.

_____	_____
Firma del Paciente o Guardián	Nombre del Paciente o Guardián

Official Use Only:

Proof of Guardianship Received
Scanned/Copied to Chart

Signature of Witness

Date

Patient refused or denied to sign
Communication barrier prohibited obtaining acknowledgement
Emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement