

PERSONAL INFORMATION

NAME OF PATIENT: _____
NOMBRE DEL PACIENTE: LAST (APELLIDO) FIRST (NOMBRE) MIDDLE (SEGUNDO NOMBRE)

ADDRESS: _____
DIRECCIÓN:

CITY: _____ STATE: _____ ZIP CODE: _____ PH#: _____
CIUDAD: ESTADO: ZONA POSTAL: TELÉFONO:

BIRTHDATE: _____ AGE: _____ SEX: _____
FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: SEXO:

MARITAL STATUS: S M W D
ESTADO CIVIL: SOLO _____ CASADO _____ VIUDO _____ DIVORCIADO _____

SSN #: _____ PARENT'S NAME: (IF A MINOR) _____
SEGURO SOCIAL: NOMBRE DE PADRES: (SI ES MENOR DE EDAD)

EMERGENCY CONTACT: _____ PH#: _____
EN CASO DE EMERGENCIA: TELÉFONO:

EMPLOYER: _____ PH#: _____
EMPLEADOR: TELÉFONO:

REFERRED BY: _____ PH#: _____
REFERIDO POR: TELÉFONO:

REASON FOR VISIT: _____
RAZÓN DE LA VISITA: _____
.....

INSURANCE INFORMATION

NAME OF INSURANCE: _____
NOMBRE DEL SEGURO:

NAME OF INSURED OR SUBSCRIBER: _____ D.O.B: _____
NOMBRE DEL ASEGURADO: FECHA DE NACIMIENTO:

POLICY #: _____ GROUP #: _____
NÚMERO DE PÓLIZA: NÚMERO DE GRUPO:

I AUTHORIZE THE RELEASE OF ANY MEDICAL INFORMATION NECESSARY TO PROCESS MY INSURANCE CLAIMS. I ALSO AUTHORIZE PAYMENT OF ANY MEDICAL BENEFITS BY URGENT CARE USA, LLC. I UNDERSTAND I AM RESPONSIBLE FOR ANY BALANCE NOT COVERED BY MY INSURANCE COMPANY.

YO AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN MÉDICA NECESARIA PARA PROCESAR MIS RECLAMOS DE SEGURO. TAMBIÉN AUTORIZO EL PAGO DE CUALESQUIERA BENEFICIOS MÉDICOS BRINDADOS POR URGENT CARE USA, LLC. YO ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE POR CUALQUIER SALDO NO CUBIERTO POR MI COMPAÑÍA DE SEGURO.

SIGNATURE (FIRMA)

DATE (FECHA)

Si no tiene identificación o de seguro, usted todavía puede ser visto por el médico.

Política de pagos

Gracias por confiar en nosotros como su proveedor de atención urgente. Nos comprometemos a brindarle a usted una atención médica asequible y de alta calidad. Dado que algunos de nuestros pacientes han tenido preguntas relativas a la responsabilidad del paciente y de los seguros por los servicios prestados, nos han aconsejado desarrollar esta política de pagos. Por favor, léala, pregunte por cualquier duda que pueda tener, y firme en el espacio previsto.

1. **Seguros.** Participamos en la mayoría de planes de seguro, incluyendo Medicare. Si no está asegurado por un plan con el cual trabajamos, el pago total se espera en cada visita. Si está asegurado por un plan con el cual trabajamos pero usted no tiene una tarjeta de seguro actualizada, usted tendrá que pagar el monto total en cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. Saber sus beneficios de seguro es su responsabilidad. Por favor, pongase en contacto con su compañía de seguros con cualquier pregunta que tenga con respecto a su cobertura.
2. **Copagos y deducibles.** Todos los copagos y deducibles deben pagarse en el momento de servicio. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros. Si en el momento de servicio no se recolectan el copago o deducible correctos, Urgent Care le enviará una factura al garante por la cantidad correcta.
3. **Servicios no cubiertos.** Por favor, tenga en cuenta que algunos de los servicios, y tal vez todos los servicios que usted recibe podrían no estar cubiertos o no ser considerados razonables o necesarios por Medicare u otros aseguradores. Usted debe pagar por estos servicios en su totalidad en el momento de la visita.
4. **Prueba de seguro.** Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de un formulario válido de Identificación Gubernamental y una tarjeta de seguro válida y vigente. Si no nos proporciona la información correcta en el momento oportuno, usted podría ser responsable por el saldo del reclamo.
5. **Presentación de reclamos.** Nosotros presentaremos su reclamo y le asistiremos en toda forma que razonablemente podamos para facilitar el pago de sus reclamos. Su compañía de seguros podría necesitar que usted le suministre cierta información directamente. Es su responsabilidad de cumplir con sus peticiones. Por favor, tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad independientemente de que su compañía de seguros pague su reclamo. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros, nosotros no somos parte en ese contrato.
6. **Cambios de cobertura.** Si su seguro cambia, por favor, avísenos antes de su próxima visita a fin de que podamos realizar los cambios pertinentes para ayudarle a obtener sus máximos beneficios. Si su seguro no paga sus reclamos dentro de 45 días a partir de la fecha de servicio, el saldo se le facturará automáticamente a usted.
7. **Reembolsos.** Si se hace un sobrepago, todos los créditos serán aplicados a la cuenta del cliente para uso futuro, a menos que el garante de esa cuenta solicite un reembolso. Los reembolsos se emitirán dentro de 30 días a partir de la fecha de petición del reembolso.
8. **Incumplimiento de pago.** Si su cuenta tiene más de 90 días después del vencimiento, usted recibirá una carta declarando que usted tiene 20 días para pagar su cuenta en su totalidad. Los pagos parciales no serán aceptados a menos que se negocien previamente. Por favor, tenga en cuenta que si un saldo sigue pendiente de pago, nosotros podríamos remitir su cuenta a una agencia de cobros y usted y su familia inmediata podrían ser separados de esta práctica. Si esto va a suceder, se le notificará por correo regular y correo certificado que tiene 30 días para encontrar una atención médica alternativa. Durante ese periodo de 30 días, nuestro médico sólo será capaz de tratar a usted con carácter de emergencia.

Se entiende que a todas las cantidades vencidas pagaderas a URGENT CARE USA se les cargará un cargo financiero a una tasa de porcentaje anual del 18% (tasa periódica mensual de 1.5%). El pago vence en 10 días después de la fecha de la factura.

En el caso de que la cuenta de este solicitante se remita a las manos de un abogado para el propósito de recolección o se inicie un juicio para recolectar las cantidades debidas bajo la cuenta de este solicitante o cualquier porción de ésta, todos los gastos razonablemente incurridos por Urgent Care USA, LLC incluyendo un razonable honorario de abogado, serán pagadas por la persona que firma más abajo.

Gracias por su comprensión de nuestra política de pagos. Por favor háganos saber si tiene alguna pregunta o preocupación.

He leído y entiendo la política de pagos y se comprometo a acatar sus directrices.

FIRMA

FECHA

LIFEGUARD URGENT CARE

PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO #: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

AUTORIZACIÓN y ACUERDO DE CONSENTIMIENTO

POR FAVOR LEA CON CUIDADO LA AUTORIZACIÓN Y ACUERDO PARA TRATAMIENTO MEDICO/CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: YO AQUÍ DOY CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN A LA CLÍNICA QUE ME PROVEE CON TRATAMIENTO Y CERTIFICO QUE NO GARANTIZA NI ACUERDA NADA SOBRE LOS RESULTADOS OBTENIDOS.

INICIAL: _____ ACUERDO PARA PAGAR LOS SERVICIOS: YO, EL PACIENTE Y ABAJO FIRMANTE, PROMETO A URGENT CARE USA, LLC SER RESPONSABLE POR TODOS LOS CARGOS APLICABLES, CO-PAGOS Y DEDUCIBLES O CARGOS NO PAGADOS POR MI COMPAÑÍA DE SEGUROS. URGENT CARE USA, LLC SERÁ NOTIFICADO DE DICHS PAGOS. COMPLICACIONES: YO ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE REGRESAR A LA CLÍNICA O HACER SEGUIMIENTO CON MI DOCTOR PRIMARIO SI MI CONDICIÓN CAMBIA. INFORMACION PRIVADA: YO RECONOZCO QUE HE LEÍDO LA INFORMACIÓN PRIVADA DE URGENT CARE USA, LLC'S **INICIAL:** _____ YO AUTORIZO A URGENT CARE USA, LLC PARA QUE PRESENTE UN RECLAMO A MI COMPAÑÍA DE SEGURO DE PARTE DE MI.

INICIAL: _____

RAZÓN DE LA VISITA: _____

FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIÁN: _____ HORA DE ENTRADA: _____

FECHA: _____

.....

DADO DE ALTA

FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIÁN: _____ HORA DE SALIDA: _____

FECHA: _____