

REGISTRACION de PACIENTE

NOMBRE		FECHA de NACIMIENTO	FEMENINA/MASCULINO
DIRECCION		NUMERO de TELEFONO	
CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	SEGURO SOCIAL
ESTADO CIVIL	EL NOMBRE DE SUESPOSO/A		
TELEFONO de EMERGENCIA (no el de la casa)		NOMBRE	
APELLIDO ANTERIOR		QUIEN LO REFIRIO AQUI	
INFORMACION DE LA ASEGURANSA			
NOMBRE de su SEGURO PRIMARIO		NOMBRE del ASEGURADO	
NOMBRE de su SEGURO SECUNDARIO		NOMBRE del ASEGURADO	
INFORMACION de la PERSONA RESPONSABLE			
NOMBRE de la PERSONA QUE SE HARA RESPONSABLE POR LOS RECIBOS		Si el nombre anterior es distinto al paciente, incluya la relacion al paciente	
SU NUMERO de SEGURO SOCIAL		SU FECHA de NACIMIENTO	
DIRECCION y NUMERO de TELEFONO (SI ES DIFERENTE AL PACIENTE)			
EMPLEO del PACIENTE		EMPLEO de su ESPOSO/A	
NOMBRE		NOMBRE	
DIRECCION		DIRECCION	
CIUDAD		CIUDAD	
NUMERO de TELEFONO		NUMERO de TELEFONO	

Autorizo cualquier informacion medica necesaria para procesar cualquier reclamo de seguro. Autorizo pago de beneficio medicos directamente al medico o a el suministro de sus servicios por el bien de mis dependientes al igual que el mio. Entiendo que sere reonsable por cualquier deducible, seguro secundario o cualquier costo de servicio que no seran cubiertos por mi seguro. Mi firma autorizara ser examinada/o y tratada/o por el medico.

FECHA _____ FIRMA _____

NO ME APONGO AL QUE EL MEDICO DISCUTA MI ESTADO MEDICO U OPERACIONES QUE SE ME HAYAN HECHO CON LAS SIGUIENTES PERSONAS:

1. _____	RELACCION _____	TELEFONO _____
2. _____	RELACCION _____	TELEFONO _____

Si usted tiene un testamento o un abogado tiene el poder del testamento marque el cuadro:

Si marco el cuadro anterior, tiene la oficina una copia de su testamento? Si No

HARESH SAWLANI, M.D.
POLISA DE PAGO

Gracias por elegirnos como su medico de cuidado. Estamos aqui para proveer le a usted calidad y cuidado medico a precios bajos. Porque algunos de nuestros pacientes han tenido preguntas con respecto a la responsabilidad que tiene el paciente por los servicios rendidos, hemos sido aconsejados de desarrollar esta polisa de pago. **Porfavor leerlo**, haga nos cualquier pregunta que usted pueda tener, y firme en el espacio proporcionado. Una copia le será proporcionada si usted lo desea.

1. **Seguro.** Participamos en la mayoría de los seguros, incluyendo Medicare. Si hay un plan de seguro que no aceptamos, el pago es requerido el dia de su visita. Si aceptamos su seguro, pero no tiene una tarjeta actual del seguro, pago se requiere por completo el dia de su visita, hasta que podamos verificar su cobertura. Saber sus beneficios y ventajas de su seguro es su responsabilidad. Por favor contacte a su compañía de seguro con cualquier pregunta que usted pueda tener con respecto a su cobertura.

2. **Co-pagos y deducible.** Todos los pagos y deducibles deben ser pagados a la hora de su servicio. Este arreglo es parte de su contrato con su compañía de seguro. Falta a no recoger co-pagos y deducibles de pacientes se puede considerar fraude. Ayúdenos, por favor en mantener la ley, pagando su co-pago en cada visita.

3. **Servicios no cubiertos.** Por favor este enterado que alguno-y quizás todos de los servicios que usted reciba pueden ser no-cubiertos o no considerado razonable o necesario por medicare u otros seguros. Usted debe pagar por sus servicios a la hora de su visita.

4. **Prueba del seguro.** Todos los pacientes deben llenar el formulario de información antes de ver al doctor. Debemos obtener una copia de su licencia y tarjeta actual de su seguro. Si usted no puede proveer la información correcta del seguro en un tiempo basado, usted puede ser responsable del balance de su cuenta.

5. **Pagos.** Someteremos sus pagos y le asistiremos de cualquier manera que podamos para que su cuenta sea pagada por su seguro. Su compañía de seguro puede necesitar cierta información para que su cuenta sea pagada. Es su responsabilidad cumplir con los requisitos que su seguro pida. Por favor este enterado que el balance de su cuenta es su responsabilidad si o no su compañía de seguros paga. Su beneficios de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguro; nosotros no somos parte de ese contrato.

6. **Cambios de su cobertura.** Si su seguro cambia, notificarnos antes de su siguiente visita, así nosotros podemos realizar los cambios apropiados para ayudarle a recibir sus beneficios máximos. Si su compañía de seguros no paga su demanda en 45 días, el balance de su cuenta sera mandado automáticamente a usted.

7. **No- pago.** Si su cuenta es sobre 90 días de atrasado, usted recibirá una letra que indica que usted tiene 20 días para pagar su cuenta por completo. Los pagos parciales no serán aceptados a menos que estén negociados de otra manera. Por favor este enterado que si un balance sigue sin aver sido pagado, nosotros podemos referir su cuenta a nuestra agencia de colección y usted y sus miembros inmediatos de la familia pueden ser descargados de esta práctica. Si esto llega a ocurrir, usted sera notificado por regular y certificado correo, que usted tiene 30 días para encontrar asistencia médica alternativa. Durante ése período 30-dias, nuestro médico podrá solamente verle en caso de una emergencia.

Nuestra práctica está aqui para proporcionarle el mejor tratamiento. Nuestros precios son basados en los cargos y costumbres para nuestra área.

Gracias por entender nuestra polisa de pago. Por favor dejenos saber si usted tiene algunas preguntas o preocupaciones. He leído y entiendo la polisa del pago y acepto sus reglas:

Firma del paciente o persona responsable

Fecha

HARESH SAWLANI, M.D.

BENEFICIOS Y RESPONSABILIDAD DE EL PACIENTE

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Todos los servicios profesionales se cargan al paciente y son cobrados el día que usted reciba servicios médicos, a menos que otras medidas se hayan tomado por adelantado con el administrador de oficinas.

Necesarias formas serán llenadas para ayudar apresurar pagos del portador de seguro. Sin embargo, usted es responsable de todos los pagos médicos que su seguro no cubra.

ASIGNACION DE BENEFICIOS

Asigno por este medio todos los beneficios médicos a los cuales me den derecho. Autorizo y ordeno por este medio a mi portador de seguro a publicar cheques del pago directamente al Dr. Hareesh Sawlani para los servicios médicos rendidos a mis dependientes.

Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por mi seguro.

AUTORIZACIÓN DE USAR INFORMACIÓN

Autorizo por este medio a Dr. Hareesh Sawlani a equipar y/o a usar cualquier información necesaria para asegurar a las aseguransas sobre mi enfermedad y tratamientos, para procesar mi demanda de seguro adquirida en el curso de mi examinación o tratamiento y para permitir que una fotocopia de mi firma sea utilizada para procesar mi demanda de seguro para el período del curso de la vida. Esta orden esta en efecto hastan que sea revocada por mí, en escritura.

He solicitado servicios médicos del Dr. Sawlani Hareesh y entiendo que haciendo esta petición, hago completamente financieramente responsable cualesquiera y todas las cargas incurridas en en el curso del tratamiento autorizado. Entiendo que los pagos tienen que ser pagados cuando los servicios están rendidos y acepto pagar todo el total de los cargos de inmediatamente.

Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada tan válido como la original.

Firma de el paciente o persona responsable

Fecha