



Póliza Financiera

Gracias por escoger a OSMC como su proveedor para su cuidado de salud. Nosotros nos comprometemos en darle el mejor cuidado medico posible. Por favor entienda que el pago de su cuenta es parte de su tratamiento. La siguiente declaración explica nuestra póliza financiera por la cual le pedimos que lea, firme y devuelva antes de su tratamiento.

- Antes de ser visto por el doctor, todos los pacientes devén proveernos con precisa y completa información personal y de su aseguranza.
- Si le aplica, sus pagos compartidos, balances personales, actuales o previos, serán debidos al tiempo de servicio.
- Aceptamos pago en efectivo, cheque, o tarjetas de crédito como VISA, Mastercard y Discover.

CON RESPECTO A SU ASEGURANZA:

Nosotros participamos en muchos planes y redes de aseguranza. Es la responsabilidad del paciente determinar si el medico con el cual va a recibir servicios participa en su plan o red de aseguranza. Con algunas aseguranzas nosotros aceptamos asignaciones de beneficios pero en todos los casos requerimos que el garantor, será personalmente responsable por todos los balances que no sean cubiertos por la aseguranza. Es su responsabilidad de entender y acceder con cualquier pre-determinación de beneficios o requisitos. Por favor sea consiente que algunos, y talvez todos los servicios proveídos pueden ser servicios no-cubiertos o no sean considerados médicamente necesarios bajo el Programa de Medicare o otros planes de aseguranzas medicas.

REDITOS USUALES Y DE COSTUMBRE (UCR):

Estamos comprometidos en proveer el mejor tratamiento para nuestros pacientes y nosotros cobramos lo que creemos que sea razonable y acostumbrado en nuestra región y especialidad. Si la compañía de su aseguranza usa diferentes cuotas, usted será responsable por el balance.

CHEQUES REGRESADOS:

Por cada cheque regresado, sin ser pagado por su banco, tendrá un cargo de \$30.00

PACIENTES MENORES:

El adulto acompañando al menor y los padres (o guardianes) son responsables por el pago completo. Para menores que no sean acompañados proveeremos cuidados de emergencia solamente al menos que antes del servicio se hicieron otros arreglos.

Yo he leído la Póliza Financiera. Yo entiendo y estoy de acuerdo con la Póliza Financiera.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Yo autorizo liberación de información medica a portadores de aseguranza para los servicios proveídos por OSMC y todas las corporaciones afiliadas. En adición, también autorizo liberación de información de pagos a portadores de mi aseguranza a OSMC y a todas las corporaciones afiliadas. En adición, autorizo pagos de beneficios que sean hechos directamente a OSMC. Yo entiendo que soy responsable de pagar todos los servicios no-cubiertos

Yo autorizo tratamiento por el medico atendiente.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

**BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA
POR FAVOR HABLENOS UN POCO DE USTED**

Informacion del Paciente (letra impreta por favor)

Nombre del Paciente (Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Inicial) Sexo Fecha de Nacimiento Edad Numero de Seguro Social

Direccion de domicilio _____

Estado Matrimonial: ___ Casado ___ Soltero ___ Viudo
 ___ Divorciado ___ Separado

Ciudad Estado Codigo Postal

Numero Telefonico de Casa: () _____ Numero de Celular: () _____

Numero Telefonico de Trabajo: () _____ Nombre del Empleador: _____

Doctor por quien fue referido: _____ Doctor Familiar: _____

Persona de Contacto en un Caso de Emergencia: _____ Numero de Telefono: () _____

Nombre del Esposo/Padre: _____ Fecha de Nacimiento del Esposo/Padre: _____ SSN: _____

Ocupacion & Empleador del Esposo: _____ Numero Telefonico del Trabajo: () _____

DESCRIPCION BREVE DE LESION / ACCIDENTE / SINTOMAS Y COMO OCURRIO

Cuando ocurrio? _____

Donde ocurrio la lesion/accidente? Casa: _____ Trabajo: _____ Automovil: _____ Otro: _____

Si este accidente o lesion ocurrio en el trabajo, es usted apto para Compensación Laboral? _____ Si _____ No

INFORMACION DE FACTURACION – PERSONA RESPONSABLE POR FINANCAS

Si es un menor o no es el paciente, quien es responsable de la factura?

Nombre: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo inicial) Numero de Seguro Social

Direccion de domicilio: _____
 Ciudad Estado Codigo Postal

Empleador: _____ Numero Telefonico del Trabajo: () _____

INFORMACION DE ASEGURANZA:

Nombre de Asegurado Fecha de Nacimiento Compania de Asegurancia Direccion ID o SSN# de Cuenta/Plan

1^{er} Portador de Salud: _____

2^{do} Portador de Salud: _____

3^{er} Portador de Salud: _____

POR FAVOR LLENE AMBOS LADOS