



PREMIER CARE ASSOCIATES

OF WEST HUDSON
512 Kearny Avenue, Suite B
Kearny, NJ 07032
(201) 998-7474

FORMULARIOS DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

POR FAVOR ESCRIBA TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA

FECHA DE HOY: _____

NOMBRE COMPLETO NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

DIRECCION CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

TELEFONO DE CASA NUMERO DE CELULAR CORREO ELECTRÓNICO

FECHA DE NACIMIENTO GENERO RAZA ETNIA

LANGUAGE DE PREFERENCIA NOMBRE DEL EMPLEADOR DIRECCION

REFERIDO POR NOMBRE Y NÚMERO TELEFÓNICO DE FARMACIA

CONTACTO DE EMERGENCIA RELACION NUMERO DE TELEFONO

INFORMACION DE SEGURO MÉDICO:

SEGURO PRIMARIO NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN RELACIÓN CON EL PACIENTE

NOMBRE DEL ASEGURADO FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO SSN # DEL ASEGURADO

INSURED'S ADDRESS, IF DIFFERENT

SEGURO SECUNDARIO NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN RELACIÓN CON EL PACIENTE

NOMBRE DEL ASEGURADO FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO SSN # DEL ASEGURADO

DIRECCIÓN DEL ASEGURADO, SI ES DIFERENTE

PARTE FINANCIERAMENTE RESPONSABLE:

NOMBRE DIRECCION NUMERO TELEFONICO

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original.

Autorizo a Premier Care Associates of West Hudson a solicitar beneficios en mi nombre para servicios cubiertos, incluido CCM, prestados por Prakash Foshi, MD y/o sus asociados. Solicito que el pago de mi compañía de seguros se haga directamente a Premier Care Associates of West Hudson. Según lo informado por el Dr. Doshi y/o sus asociados, soy responsable de cualquier servicio no cubierto.

También he sido informado de su no participación en Medicaid.

FIRMA (PACIENTE, PADRE O TUTOR) FECHA



PREMIER CARE ASSOCIATES

OF WEST HUDSON
512 Kearny Avenue, Suite B
Kearny, NJ 07032
(201) 998-7474

RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD ECONÓMICA

Fecha de inicio del servicio: _____

He leído y entiendo que he elegido recibir servicios médicos que pueden no estar cubiertos por mi compañía de seguros por una o más de las siguientes razones:

- Servicios recibidos de un médico fuera de mi red de atención médica.
- Servicios de beneficios fuera de la red recibidos sin remisión.
- El servicio proporcionado no es un beneficio cubierto por mi seguro.
- Se aplica un deducible o coseguro con mi plan de seguro a mi servicio prestado.

En consecuencia, es posible que mi compañía de seguros no pague total o parcialmente los servicios que recibiré. Por lo tanto, acepto la responsabilidad financiera por cualquier copago, coaseguro, deducible, servicio considerado fuera de la red o no cubierto por mi compañía de seguros.

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE POR EL PAGO

Entiendo que seré financieramente responsable de cualquier saldo adeudado **si mi seguro no cubriera un servicio en su totalidad según mi plan de coaseguro o deducible.** En el caso de que no pague mi saldo en su totalidad o no cumpla con un plan de pago aceptable, aceptó reembolsar una tarifa de agencia de cobranza de \$25.00 y un porcentaje máximo del 33% de la deuda, todos los costos y gastos, incluyendo honorarios razonables de abogado, si alguna vez incurriera en dichos esfuerzos de cobro. Esto solo se aplica si alguna vez incurriera en dichos esfuerzos de cobro de saldos impagos.

Fecha: _____

Nombre Del Paciente: _____

Fecha De Nacimiento : _____

Firma (Paciente /Padre /Tutor): _____



PREMIER CARE ASSOCIATES

OF WEST HUDSON
512 Kearny Avenue, Suite B
Kearny, NJ 07032
(201) 998-7474

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO

Con mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad y que se me ha brindado la oportunidad de revisarlo.

Nombre (Letra Imprenta): _____

Firma: _____

Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL (PHI)

Por la presente autorizo a las siguientes personas a tener acceso a mi información médica

Nombre	Relacion	Numero Telefonico	Fecha de Autorizacion	Iniciales del Paciente
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____



PREMIER CARE ASSOCIATES

OF WEST HUDSON
512 Kearny Avenue, Suite B
Kearny, NJ 07032
(201) 998-7474

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento : _____

POLÍTICA FINANCIERA

Estamos dedicados a brindarles a nuestros pacientes la mejor atención y servicio posibles mientras evitamos que el costo para usted aumente a tasas irrazonables.

Solicitamos su ayuda comprendiendo y cooperando con nuestra **POLÍTICA FINANCIERA**.

Es importante que comprenda que la cobertura de seguro de salud es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros.

La factura de su médico por los servicios prestados es un acuerdo entre usted y su médico.

SU RESPONSABILIDAD: Nuestros médicos participan en muchas compañías de seguros. Es **su responsabilidad** llamar a su compañía de seguros para verificar que el médico que está viendo esté participando. Es **su responsabilidad** comprender su plan de seguro y la Coordinación de Beneficios (COB).

Si no participamos con su compañía de seguros, le facturamos a su compañía de seguros como cortesía; sin embargo, esperamos que usted pague en el momento en que se presten los servicios. Si no tiene información de seguro válida y/o no podemos confirmar la cobertura, lo consideraremos un paciente que paga por su cuenta y le solicitaremos el pago completo al momento del servicio.

Todos los copagos y/o pagos por servicios no cubiertos son responsabilidad del paciente y serán cobrados por nuestro personal en el momento del servicio o se facturará y cobrará en una fecha posterior.

CONSULTORIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: Si debe elegir un médico de atención primaria, asegúrese de haber elegido uno de los médicos de nuestra oficina.

CONSULTORIOS DE ESPECIALISTAS Y REFERENCIAS: Debe comunicarse con su compañía de seguros antes de consultar a un especialista o centro. Si su compañía de seguros requiere una referencia/autorización de nuestra parte, **ASEGÚRESE** de haber obtenido una referencia/autorización válida **ANTES** de su cita. Si va al consultorio del especialista sin una remisión, es posible que deba pagar la factura completa. Si no tiene una referencia/autorización válida, es posible que el especialista o el centro le soliciten reprogramar su cita.

Entiendo que es **mi responsabilidad** conocer y cumplir con los términos de mi cobertura de beneficios, incluido, entre otros, obtener referencias adecuadas para atención especializada antes de programar citas. También entiendo que **soy responsable** del pago total de los servicios prestados si no proporcionó los formularios de referencia/aprobaciones previas cuando sea necesario.



PREMIER CARE ASSOCIATES

OF WEST HUDSON
512 Kearny Avenue, Suite B
Kearny, NJ 07032
(201) 998-7474

PAGO POR SERVICIOS REALIZADOS:

1. Nuestras oficinas aceptan Visa, MasterCard, Discover, así como efectivo, tarjetas de débito y cheques personales para el pago de los servicios.
2. Cualquier copago requerido por una compañía de seguros debe pagarse en el momento del servicio. Este es un requisito de seguro; no podemos facturarle por estos.
3. Todos los pagos se esperan en el momento del servicio. Si su cuenta requiere la acción de una agencia de cobranza, usted sería financieramente responsable de todos los costos de cobranza y honorarios legales en los que incurra nuestra oficina a través del proceso utilizado para cobrar el saldo moroso pendiente.

EL CARGO POR CHEQUE DEVUELTO ES DE \$35.00

CARGOS A LA CUENTA: Tendremos el derecho de cancelar su privilegio de hacer cargos a su cuenta en cualquier momento. Las visitas futuras deberán pagarse en el momento del servicio.

CARGO DE CITA PERDIDA: A los pacientes nuevos se les cobrará una tarifa de \$75.00 por cualquier cita de paciente nuevo que se pierda sin previo aviso. A los pacientes establecidos que no se presenten a tiempo a una cita o la cancelen con menos de 24 horas de anticipación se les cobrará una tarifa de \$25.00. Este cargo no será reembolsado por su seguro. A los pacientes con tres citas perdidas sin previo aviso se les puede pedir que transfieran sus registros a otro médico.

CUOTA DE FORMULARIOS: Hay un cargo por completar los formularios traídos a la oficina. Esto incluye aquellos que se completan en el momento de su visita. El costo de este servicio es de \$35.00. Los formularios FMLA cuestan \$75.00 por incidente y se completarán dentro de los siete (7) días hábiles. Cualquier pedido especial de una carta tendrá un cargo de \$75.00 por pedido.

TRANSFERENCIA DE REGISTROS: Si necesita una copia de sus registros, debe enviar una solicitud y pagar una tarifa de copia. El cargo será de \$1.00 por página hasta un máximo de 100 páginas. Si la solicitud tiene más de 100 páginas, se cobra un cargo de 0,25 ¢ por página. Al hacer esto, nos autoriza a incluir toda la información relevante, incluido su historial de pagos. Si solicita que sus registros sean transferidos de otro médico u organización a nosotros, debe autorizarnos a recibir toda la información relevante, incluido su historial de pago.

ACUERDO + ENTENDIMIENTO: He leído y entiendo completamente la **POLÍTICA FINANCIERA** establecida por Premier Care Associates, y acepto los términos de esta política. También entiendo y acepto que Premier Care Associates puede modificar los términos de esta **POLÍTICA FINANCIERA** en cualquier momento sin notificación previa al paciente.

FECHA DE VIGENCIA: Una vez que haya firmado este acuerdo, acepta todos los términos y condiciones contenidos en este documento, y el acuerdo estará en pleno vigor y efecto.

Firma del paciente / Tutor

Fecha

Nombre en Letra Imprenta del Paciente/ Tutor



PREMIER CARE ASSOCIATES

OF WEST HUDSON
512 Kearny Avenue, Suite B
Kearny, NJ 07032
(201) 998-7474

AVISO A TODOS LOS PACIENTES

Los cargos del laboratorio no están incluidos en lo que usted ha pagado en nuestra oficina.

Le llegara una cuenta del laboratorio por los análisis de sangre realizados.

Si usted tiene seguro le enviaremos la muestra de la sangre al laboratorio que participa con su seguro y el laboratorio le enviará la cuenta a su seguro primero.

Cualquier saldo después de facturar su seguro será su responsabilidad.

Nombre (Letra Imprenta): _____

Firma: _____

Fecha: _____



A. Nombre del paciente:

B. Fecha de Nacimiento:

Aviso anticipado al beneficiario de no cobertura (ABN)

AVISO: Su seguro _____ puede que no cubra por los siguientes servicios a pesar de que su doctor primario lo haya recomendado como una necesidad médica con los debidos diagnósticos. Es posible que su seguro **NO** pague por el servicio proporcionado en la oficina que se detalla a continuación.

D. Servicio Ofrecido	E. Razón por la cual el seguro no pagar	F. Costo Estimado
<ul style="list-style-type: none"> → Test Swabs → Inyecciones → Espirometria / PFT → Nebulizador → Electrocardiograma → Punción Venosa → Análisis de orina → Otros 	<ul style="list-style-type: none"> → Plan de beneficios médico de farmacia → Deducible → Coseguro → Copago → No médicamente necesario 	<ul style="list-style-type: none"> → Por determinar, ya que el costo varía según la inyección y el plan de seguro médico. → Si no está cubierto en absoluto, el servicio será el precio en efectivo de la instalación.

LO QUE NECESITA HACER AHORA:

- Lea este aviso para que pueda tomar una decisión sobre su cuidado médico.
- Háganos cualquier pregunta que pueda tener después de terminar de leer.
- Elija una opción a continuación sobre si desea recibir alguno de los servicios mencionados anteriormente.

Aviso: Si elige la opción 1 o 2, podemos ayudarle a apelar con su seguro por cobertura.

G. Opciones: Seleccione solo una casilla. No podemos elegir una casilla por usted.

OPCIÓN 1. Deseo recibir alguno de los servicios mencionados anteriormente. Puede solicitar que se pague ahora, pero también deseo que se le facture a mi seguro para una decisión oficial sobre el pago, el cual me gustaría que me fuera enviado como una explicación de beneficios. Entiendo que si mi seguro no paga, soy responsable del pago, pero puedo apelar a mi seguro para que pague. Si mi seguro paga, se me reembolsará cualquier pago hecho, menos copagos y deducibles.

OPCIÓN 2. Deseo recibir alguno de los servicios mencionados anteriormente, **pero no facture** a mi seguro. Puede solicitar que haga un pago ahora ya que soy responsable del pago.

OPCIÓN 3. **No deseo recibir** alguno de los servicios mencionados anteriormente. Entiendo que con esta elección **no** soy responsable del pago.

H. Información Adicional:

Este aviso da nuestra opinión, no es una decisión oficial de pago de su seguro. Si tiene alguna otra pregunta sobre este aviso, por favor pregúntele a alguien en la recepción, persona que se encarga de la facturación, o a su doctor antes de que firme este formulario. Firmar a continuación significa que ha recibido y comprende este aviso. Puede solicitar recibir una copia.

I. Fima:	J. Fecha:
-----------------	------------------