



VEIN CENTER OF VENTURA

168 N. Brent St., #508 Ventura, CA 93003

Tele: (805) 643-2855 Fax: (805) 643-3511

Su ayuda en terminar la información permitirá el mejor servicio para usted. Apreciamos su cooperación. Termine, firme y vuelva por favor este paquete a nuestra oficina

Información del Paciente

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

No. De SS _____ Estado Civil: Casado__ Soltero__ Divorciado__ Viudo__ Sexo: Masculino __ Femenino__

Domicilio _____

Teléfono: () _____ Mobil/celular: () _____ Idioma Preferido: Ingles: _____ Español: _____ Otro: _____

Etnicidad (no requieren): _____ Raza (no requieren): _____ Estado de Empleo: Empleado _____ Jubilado _____

Desempleado _____ Empleador _____ Teléfono del empleador: () _____

Dirección del Empleador: _____

¿Cómo se enteró acerca de nosotros: _____

Información Medico (por favor lista los nombres de su médicos)

Medico Remitene: _____

Medico Primaria: _____

Ortos Médicos Tratamientos: _____

Información del Cónyuge (si el paciente es un menor de edad, proporcione los datos de la persona responsable)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Teléfono: () _____ Numero de SS: _____

Información de Emergencia (proporcione la información en el pariente más cercano del adulto, no su esposo, que no está viviendo con usted)

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: () _____ - _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Zona Postal: _____

Información de Seguro: (por favor traiga su tarjeta de seguro a su cita y la recepcionista hará una copia gracias)

Medicare: Si _____ No _____ Si es Si, # de Medicare: _____ ¿Es Medicare su seguro primario? Si _____ No _____

Medí-Cal: Si _____ No _____ Si es Si, # de Medi-Cal: _____

Compañía de seguros o suplemento primaria de Medicare

Nombre de la Compañía: _____ Teléfono: () _____ - _____

Certificado/ Póliza # _____ Grupo # _____

Dirección De Reclamaciones: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Nombre del suscrito (Tenedor de la póliza) _____

Numero de SS: _____ Fecha de Nacimiento del Suscrito: _____

Compañía de seguros secundaria o suplemento primaria de Medicare

Nombre de la Compañía: _____ Teléfono: () _____ - _____

Certificado/ Póliza # _____ Grupo # _____

Dirección De Reclamaciones: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Nombre del suscrito (Tenedor de la póliza) _____

Numero de SS: _____ Fecha de Nacimiento del Suscrito: _____

Firma

La Información proporcionada arriba es verdadera y correcta de acuerdo con lo mejor a mi conocimiento

Firma del paciente o parte responsable

Fecha

ADJUDICACIÓN DE BENEFICIOS

Yo por la presente adjudico todos los beneficios médicos/quirúrgicos de la compañía de seguros a los cuales yo tenga derecho a Cirujanos Cardiovasculares Y Torácica de California. Seguirá habiendo esta asignación en efecto hasta revocado por mí en la escritura. Entiendo que soy financieramente responsable de todas las cargas si o no pagado por el seguro dicho. Autorizo por este medio a cesionario dicho a lanzar toda la información necesaria para asegurar el pago de las ventajas dichas.

Fecha _____

Firma del Paciente _____

ADJUDICACIÓN A MEDICARE

Si usted tiene Medicare, por favor firme lo siguiente:

Yo solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare sean hechos a mi, o en mi nombre a Cirujanos Cardiovasculares Y Torácicos de California por cualquier servicio que me haya proporcionado el medico o el proveedor. Yo autorizo a cualquiera que tenga información medica sobre mi a que otorgué a la Administración de Finanzas del cuidado de salud y sus agentes lo que sea necesario para determinar los beneficios a pagar por los servicios relacionados.

Entiendo que mi firma solicita que el pago esté hecho y que autoriza el lanzamiento de la información médica necesario para pagar la demanda. Si la otra cobertura del seguro médico se indica en el artículo 9 de la forma de demanda HCFA-1500 o a otra parte en las formas de demanda aprobadas o las demandas electrónicamente sometidas, mi firma autoriza lanzar de la información al asegurador o a la agencia demostrada. En seguro de enfermedad asignado casos, el médico o el surtidor acuerda aceptar la determinación de la carga del portador de Medicare como la carga completa, y el paciente es responsable solamente del deducible, del seguro compartido, y de los servicios no cubiertos. El seguro compartido y deducibles se basan sobre la determinación de la carga del portador de Medicare.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Si la firma no es del paciente, escriba el nombre del paciente seguido por la persona que esta firmando, y complete lo siguiente:

Nombre de la persona que firma: _____

Dirección de la persona que firma: _____

Parentesco con el paciente: _____

Razón por la que el paciente no pudo firmar: _____

CONSENTIMIENTO PARA OTORGAR INFORMACION

Yo pro medio de la presente autorizo a Cirujanos Cardiovasculares y Torácicos de California a proporcionar información a cualquier medico que haya referido, agencia o compañía(s) de seguro que haya anotado en el formulario información del paciente.

Fecha: _____ Firma del Paciente: _____

VEIN CENTER OF VENTURA

Política Financiera

168 N. Brent St., Ste. 508, Ventura, CA 93003

805-643-2855

Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Si usted tiene seguro médico que ofrece la cobertura de los servicios que prestamos, queremos obtener los beneficios máximos permitidos.

La presentación de los seguros:

- ? La escleroterapia?- La escleroterapia es considerado cosmético por la mayoría de los seguros. Estaremos encantados de ofrecer copias de los formularios de reclamación para ayudarle en la presentación de reclamaciones de seguros para la escleroterapia. Nuestra oficina no presentar estos formularios
- ? La cirugía y procedimientos diagnósticos?- Nosotros le ayudaremos con su seguro para las cirugías y los procedimientos de diagnóstico. Vamos a llamar para confirmar los beneficios y cuando sea necesario vamos a obtener las autorizaciones previas necesarias. De seguros con los que tenemos contratos, si la compañía considera que el servicio que ofrecemos como un servicio cubierto, vamos a aceptar la cantidad permitida por el transportista para el servicio en cuestión. Usted será responsable de cualquier deducible o pagar el coseguro en el momento del servicio. Para los seguros que no tienen contrato, usted será responsable por la diferencia entre nuestro cargo y lo que su compañía de seguros paga.
- ? Medicare?- Si usted tiene Medicare, vamos a presentar reclamaciones por servicios cubiertos por Medicare. Usted será responsable de cualquier deducible y co-seguro en el momento del servicio. Para los servicios que Medicare no cubre, se le pedirá que firme una notificación al Beneficiario como es requerido por Medicare, lo que indica que va a ser directamente responsable de los cargos.

Con respecto al pago debido al momento del servicio: El pago se realizará en el momento en que son prestados. Aceptamos efectivo, cheques, Visa ,MasterCard, American Express y Discover.

Los cheques devueltos: Los cheques devueltos están sujetos a una tarifa de \$ 25.00.

En cuanto a las citas perdidas o cancelado: La oportunidad de los tratamientos es importante para obtener los resultados más eficaces. Nos cuenta los horarios de los pacientes en la medida de nuestras posibilidades. En consideración a otros pacientes, nuestra oficina requiere un aviso de 48 horas de cancelación de la cita. Si no se proporciona este aviso dará lugar a un cargo de \$ 50 cita perdida.

Acuerdo: He leído y comprendo la declaración anterior la responsabilidad financiera:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

VEIN CENTER OF VENTURA

168 North Brent St. #508 Ventura California 93003

Phone (805) 643-2855 fax (805) 643-3511

RECONOCIMIENTO DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACION DE PARACTICAS DE PRIVACIDAD

Doy aquí conocer que he recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad de los Cirujanos Cardiovasculares y Torácicos de California. Además doy a conocer que una copia de esta notificación estará anunciada en la recepción, y que se me ofrecerá una copia de cualquier notificación enmendada de las prácticas de privacidad, en cada vista.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Si no es firmado por el paciente, por favor indique:

Relación:

_____ Padres, guarda del paciente de menor importancia

_____ Guardián o conservador de un paciente incompetente

_____ Beneficiario o representante personal del paciente difunto

Nombre del paciente: _____