



## 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: \_\_\_\_\_