



**Poliza Financiera del
Paciente**

**Acuerdo de
Financiamiento**

Nombre de el Paciente:(con letra de molde) _____
Fecha de Nacimiento: _____.

El Paso Kids Klinik esta comprometido a servir a sus pacientes con profesionalismo y cuidado, y esperamos el mismo compromiso por parte de nuestros pacientes. Esto incluye estar a tiempo a su cita y llamarnos para cancelarla si acaso no puede llegar. Incluye tambien el presentar su tarjeta de identificacion y aseguranza en **CADA** una de sus citas, y pagar su co-pago o deducible a la hora de la visita con efectivo o tarjeta de credito.

Es su responsabilidad proveernos con informacion completa y correcta sobre su direccion y numero de telefono actual. Como una cortesia, El Paso Kids Klinik facturara a su aseguranza primaria y secundaria por usted.

Para servicios fuera de nuestra clinica como radiologia, laboratorio, centros de cirugia, terapia fisica, hospitales y servicios de rehabilitacion, es responsabilidad de el paciente saber cuales instalaciones requiere utilizar. Si no esta seguro, favor de hablar al departamento de servicio al miembro de su aseguranza.

Para todos los pacientes/ padres o guardianes con aseguranza: Yo autorizo que se haga el pago en mi nombre a Huma Y Lodhi MD, PA(d.b.a. El Paso Kids Klinik) por cualquier servicio proveeido a mi por mi proveedor. Autorizo a mi proveedor a liberar a la Administracion Financiera de cuidado de salud y sus agentes cualquier informacion que se necesite para determinar mis beneficios.

Entiendo que mi firma es requerida para que se realice pago en mi reclamo. Mi firma tambien autoriza la liberacion de informacion medica necesaria para pagar mi reclamo, al igual que la liberacion de beneficios pagaderos e informacion medica necesaria para pagar a cualquier pagador de seguro secundario.

Aseguranza Primaria del Paciente y numero: _____
Aseguranza Secundaria del Paciente y numero: _____

He leido y comprendido las politicas financieras y acepto la responsabilidad de honorarios y atencion medica asociados a estas.

Firma de Padre o Tutor

Fecha

Contrato de Responsabilidad Financiera del Paciente

Por favor lea, ponga sus iniciales en cada línea y firme donde se indica, este documento describe sus responsabilidades financieras

Este es un contrato jurídicamente vinculante entre El Paso Kids Clinic y usted. Las palabras yo, mio, tu y tuyo se refieren a el paciente.

_____(iniciales) Estoy de acuerdo a ser financieramente responsable por el pago a los servicios de El Paso Kids Clinic. Dinero en efectivo o tarjeta de crédito son formas de pago aceptadas.

_____(iniciales) Las tarjetas de seguro actuales y al corriente deberán ser presentadas en cada visita. El Paso Kids Clinic no es responsable de hacer el reclamo a su seguro, pero se hará como una cortesía. Yo estoy de acuerdo a pagar el balance restante una vez que mi seguro haya pagado por mi reclamo e inmediatamente después de recibir el estado de cuenta.

_____(iniciales) Yo estoy de acuerdo en proveer a El Paso Kids Clinic la información completa y al corriente de los beneficios de mi seguro primaria y/o secundaria incluyendo documentos de referencia de otros proveedores si es necesario. Entiendo que si fallo al proveer información completa y al corriente sobre mis beneficios de seguro esto puede resultar en una negación de mi reclamo o retraso de pago. Estoy de acuerdo en pagar a El Paso Kids Clinic el balance de mi cuenta después de que el reclamo a mi seguro haya sido procesado.

_____(iniciales) Estoy de acuerdo de que si mi beneficio de seguro requiere que provea una referencia de un proveedor y que si la referencia médica no ha sido proveída a la clínica antes de mi cita yo voy a pagar por adelantado el costo estimado de los cargos por la visita o debere reprogramar mi cita.

_____(iniciales) Yo entiendo que sere responsable por cualquier cita perdida o cancelada por la que no se dio aviso previo de 24 horas. Habra un cargo de \$ 30.00 por cualquier cita perdida o cancelada y de \$ 50.00 por cualquier procedimiento que se iba a realizar en la oficina.

_____(iniciales) Entiendo que todos los servicios proveídos a mi por El Paso Kids Clinic son considerados medicamente necesarios, si yo fallo a tener un procedimiento realizado o no cumplo con las instrucciones de mi proveedor esto puede resultar en contra de las advertencias médicas y cancelar los beneficios de mi seguro. En caso de que esto ocurra, yo estoy de acuerdo en pagar el balance restante en mi cuenta después de que mi seguro haya sido procesada.

_____(iniciales) Entiendo que mi seguro puede estar o no de acuerdo con los cargos usuales acostumbrados o razonables en mi area local. Entiendo que mis beneficios podrian no cubrir todos los servicios o negar pago por servicios que hayan sido aprobados con anticipacion. Estoy de acuerdo en pagar el balance restante en mi cuenta después de que mi seguro haya sido procesada.

_____(iniciales) Si mi póliza tiene un deducible alto o actualmente no tengo beneficios de seguro, estoy de acuerdo en pagar un estimado de los cargos por mi visita con anticipacion y entiendo que cargos adicionales pueden aplicar.

