

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MÉDICA Y PAGOS**INFORMACIÓN DEL PACIENTE****Nombre del Paciente**

(Apellido, nombre, segundo nombre):

Fecha de Nacimiento: (mes-día-año)**# de Seguro Social:****Domicilio de Casa:****Ciudad:****Estado:****Código Postal:****# de Teléfono de Casa:**

Preferencia de comunicación:

Correo

Teléfono

No tiene preferencia

Relacion al Paciente:**# de Telefono:****Médico Primario:****Médico que lo refiere:****PADRES (O TUTOR) INFORMACIÓN****Nombre de la Madre o el Padre**

(Apellido, nombre, segundo nombre):

Fecha de Nacimiento: (mes-día-año)**# de Seguro Social:****# de Licencia de Manejar de la Pareja:****Empleador de su Pareja:****Teléfono de Trabajo:****Domicilio de Empleador:****INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MÉDICA****ASEGURANZA MÉDICA (PRIMARIA):** _____**Domicilio:** _____**Número de Póliza:** _____**Nombre de Suscriptor:** _____**ASEGURANZA MÉDICA (SECUNDARIA):** _____**Domicilio:** _____**Número de Póliza:** _____**Nombre de Suscriptor:** _____

Su firma abajo confirma que la información presentada anteriormente es verdadera y correcta según su conocimiento y que ha leído, entendido y aceptado nuestro Seguro, Pago y Otros Términos en una página separada.

Firma: _____**Fecha:** _____

Seguro, pago y otros términos

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
(MM-DD-YYYY)

| |
|---|
| AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PARA FACTURACIÓN |
| Autorizo a Genetics Center y sus afiliados médicos a divulgar cualquier información adquirida en el curso de mi examen y tratamiento a mi compañía de seguros con fines de facturación. |
| AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR EL (LOS) PAGO (S) A GENETICS CENTER |
| Asigno y transfiero irrevocablemente los pagos del seguro directamente al Genetics Center. |
| ELEGIBILIDAD DE SEGURO |
| Certifico que soy elegible con mi compañía de seguros. Entiendo que si esto no es cierto o si no soy elegible para algunos o todos los servicios de Genetics Center según los términos de mi contrato de seguro, soy responsable de todos los cargos por los servicios prestados. Además, si no soy elegible, acepto pagar por completo todos los servicios prestados dentro de los treinta días posteriores a la recepción de una factura del Genetics Center. |
| TÉRMINOS DE SEGURO Y PAGO |
| Reconozco que todas las facturas médicas son pagaderas en el momento en que se prestan los servicios. Sin embargo, como cortesía para mí el paciente, Genetics Center presentará mi reclamo a mi compañía de seguros por mí. Entiendo que mi cobertura de seguro es un contrato entre mí y mi compañía de seguros. Si deseo que Genetics Center le facture a mi compañía de seguros por estos servicios, le presentaré mi tarjeta de seguro. |
| También reconozco que todos los copagos y los deducibles no cubiertos deben pagarse al momento del servicio . En ciertos casos, Genetics Center también puede requerir algún depósito por adelantado. Si mi compañía de seguros paga más de lo que fue cobrado, Genetics Center me reembolsará de inmediato el monto del depósito. En algunos casos, mi seguro solo cubrirá una parte de los honorarios. Si realicé un pago inicial, se aplicará a mi saldo. Si Genetics Center no recibe el pago de mi compañía de seguros dentro de los 60 días a partir de la fecha de mi servicio, Genetics Center puede consultarme el pago completo. Se agregará un cargo de servicio mensual de 1.5% a los saldos de más de 30 días de antigüedad, y se agregará un cargo de estado de cuenta de \$10 a los saldos de más de 60 días de antigüedad. Los cargos por los servicios de Genetics Center son en última instancia mi responsabilidad. |
| LOS BENEFICIOS Y LA VERIFICACIÓN DE LA COBERTURA ESTÁN SUJETOS A CAMBIOS |
| Genetics Center no puede aceptar responsabilidad alguna por las diferencias entre lo que me cotizó mi seguro durante sus beneficios de cortesía y verificación de cobertura (copago, deducible, etc.) y la determinación final de beneficios realizada por mi seguro cuando se procesa mi reclamo. Por lo tanto, es posible que deba una cantidad diferente a la que se me indicó antes de los servicios. |
| RECONOCIMIENTO DE CONTRATISTAS INDEPENDIENTES |
| Reconozco que algunos proveedores involucrados aquí no son empleados, sino contratistas independientes, que incluyen específicamente a los practicantes, ecografistas y perinatólogos del NT. |
| RECONOCIMIENTO DE FACTURACIÓN POTENCIAL POR OTROS PROVEEDORES |
| Reconozco que podría haber otros proveedores involucrados, como ultrasonido, hospital, perinatólogo, etc., que tendrán su propia facturación. |
| AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR MENSAJES DE VOZ |
| Autorizo al médico y / o al establecimiento y / o personal a identificarse como pertenecientes a Genetics Center cuando llamo para dejar un mensaje con respecto a mi cita, resultados u otra información médica en cualquier contestador o con otra persona que conteste el teléfono. |
| RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD |
| Reconozco que me ofrecieron una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Genetics Center. |

Mi firma confirma que he leído, entiendo y acepto estos términos.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____
(o madre/padre si es menor)