

HERNDON MEDICAL CARE
1043 STERLING RD STE 104
HERNDON VA 20170

INFORMACION DE SEGURO Y PACIENTE

ESPAÑOL

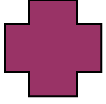
Nombre: Sexo: Fecha de Nacimiento: Número de Seguro Social:	Número Telefónico de la Casa: () Número Telefónico del Trabajo: () Número Telefónico de Teléfono Celular: ()
Nombre del Padre del Menor: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento:	Nombre de la Madre del Menor: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento :
Dirección: (Número de Casa y Nombre de la Calle)	Dirección: (Ciudad, Estado y Código Postal)
Ocupacion: Nombre del Empleador:	Dirección del Trabajo: Número Telefónico: ()
Doctor Anterior: Número Telefónico:()	Dirección del Doctor Anterior:
Estado Civil: (Favor Circular Una) SOLTERO(A) DIVORCIADO(A) SEPARADO(A) CASADO(A) VIUDO(A)	COMO SUPO DE NUESTRA OFICINAS: PERIODICO - AMIGO - RADIO - TV - PAGINA AMARILLAS SEGURO - OTRO _____
Nombre de Contacto en Caso de Emergencia: Número Telefónico: () Relación:	Dirección del Contacto de Emergencia:
Nombre del Tomador de la Póliza de Seguro: Sexo: Fecha de Nacimiento: Número de Seguro Social:	Tipo de Póliza: (marque una) HMO PPO OTRO
Nombre de Seguro Primario: Número de Identificación: Número de Grupo:	Nombre de Seguro Secundario: Número de Identificación: Número de Grupo:

**ENTIENDO Y ESTOY CONSCIENTE QUE SOY ULTIMADAMENTE RESPONSABLE POR LOS PAGOS.
CERTIFICO QUE ESTA INFORMACIÓN ES PRECISA Y CORRECTA A MI MEJOR CONOCIMIENTO.**

FIRMA DE PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE

FECHA

TESTIGO



HERNDON MEDICAL CARE
1043 STERLING RD STE 104
HERNDON VA 20170

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Bienvenido a nuestro Centro Médico Familiar. Es de beneficio mutuo que nuestros pacientes comprendan la póliza de pago. Nosotros hacemos nuestro mayor esfuerzo para mantener los costos de su cuidado medico a un mínimo. Debido a los gastos de procesar reclamos a su aseguranza médica, la oficina requiere un pago total de la visita en caso de que usted tenga un deducible. Dado el caso de que nosotros participemos con su compañía de seguro, nosotros le enviaremos el reclamo a su seguro medico según lo acordado entre nosotros y la compañía aseguradora respectiva. En última instancia la responsabilidad de pago le corresponde al paciente. Pagos no recibidos por parte de su seguro médico en un tiempo de 45 días se convierten en responsabilidad del paciente. Por favor firme la siguiente autorización para que el Centro Médico Familiar pueda recibir pago por los servicios prestados.

Paciente: _____

Dirección: _____

NUESTRA PÓLIZA DE PAGOS

Al firmar, yo autorizo al Centro Médico de Herndon que solicite beneficios de mi parte para cubrir los servicios médicos prestados que no fueron pagados en su totalidad el día de hoy.

SOLICITO QUE EL PAGO POR PARTE DE MI SEGURO, SI ALGUNO, SE HAGA DIRECTAMENTE AL CENTRO MEDICO DE HERNDON A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO EN EL RECLAMO.

Yo certifico que la información brindada en cuanto a la cobertura del seguro es correcta. Autorizo la divulgación de información necesaria, incluyendo información médica, para este o cualquier reclamo relacionado, al seguro médico. Al asegurar esto, entiendo y estoy de acuerdo con hacerme responsable de los cargos que no sean cubiertos bajo esta póliza de seguro.

DIVULGACION DE INFORMACION

El Centro Médico de Herndon tiene el derecho de divulgar cualquier, o parte de mi información médica, a mi compañía (o compañías) de seguro con el propósito de satisfacer los cargos facturados. También comprendo que puede ser necesario contactar a mi actual o previo empleador con respecto al reclamo del seguro.

GARANTIA DE PAGO

Para el Centro Médico de Herndon: Para, y en consideración de los servicios que han sido o que serán futuramente prestados al paciente mencionado anteriormente. Garantizo pago de todos dichos cargos de acuerdo a la póliza de pagos. Un interés del 18% se aplicara anualmente a los balances no pagos después de 45 días de prestados los servicios. En caso de que una cuenta deba ser enviada a una agencia de colección o puesta en las manos de un abogado, yo me responsabilizo por todas las multas y tarifas de las agencias de colección o abogados contratados.

AL FIRMAR, GARANTIZO QUE HE LEIDO Y ENTENDIDO LOS TERMINOS Y CONDICIONES PREVIAMENTE DELINEADOS.

 FIRMA DE LA PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE

 TESTIGO

Fecha: _____

Dirección (si diferente a la del paciente): _____