

**INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MÉDICA Y PAGOS****INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

<b>Nombre del Paciente:</b> (Apellido, nombre, segundo nombre) Nombre de Soltera: _____		<b>Fecha de Nacimiento:</b> (mes-día-año) _____	
<b>Últimos 4 dígitos del número de seguro social:</b> _____	<b># de Licencia de Manejar del Paciente:</b> _____	<b># de Teléfono:</b> _____	
<b>Domicilio de Casa:</b> _____	<b>Ciudad:</b> _____	<b>Estado:</b> _____	<b>Código Postal:</b> _____
Hoy es su primera visita aquí? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Preferencia de comunicación: <input type="radio"/> Correo <input type="radio"/> Teléfono <input type="radio"/> No tiene preferencia	
Consumo de tabaco: <input type="checkbox"/> Actualmente fuma todos los días <input type="checkbox"/> Actualmente fuma unos días <input type="checkbox"/> Solía fumar			
<input type="checkbox"/> Fuma bastante <input type="checkbox"/> Fuma un poco <input type="checkbox"/> Nunca Fuma			
<b>Empleador:</b> _____	<b>Domicilio de Empleador:</b> _____	<b>Telefono de Trabajo:</b> _____	
<b>Contacto de emergencia:</b> _____	<b>Relacion al Paciente:</b> _____	<b># de Telefono:</b> _____	

**INFORMACIÓN DEL CONYUGE**

<b>Nombre de su Pareja:</b> (Apellido, nombre, segundo nombre) _____		<b>Fecha de Nacimiento:</b> (mes-día-año) _____	
<b>Últimos 4 dígitos del número de seguro social:</b> _____	<b># de Licencia de Manejar de la Pareja:</b> _____	<b>Número de teléfono:</b> _____	
<b>Empleador de su Pareja:</b> _____	<b>Domicilio de Empleador:</b> _____		

**INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MÉDICA**

<b>ASEGURANZA MÉDICA (PRIMARIA):</b> _____	
<b>Domicilio:</b> _____	
<b>Número de Póliza:</b> _____	<b>Nombre de Suscriptor:</b> _____
<b>ASEGURANZA MÉDICA (SECUNDARIA):</b> _____	
<b>Domicilio:</b> _____	
<b>Número de Póliza:</b> _____	<b>Nombre de Suscriptor:</b> _____

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**

<b>AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PARA FACTURACIÓN</b>
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 autorización y facturación.
<b>AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR EL (LOS) PAGO (S) A GENETICS CENTER</b>
Asigno y transfiero irrevocablemente los pagos del seguro directamente al Genetics Center.
<b>ELEGIBILIDAD DE SEGURO</b>
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.
<b>TÉRMINOS DE SEGURO Y PAGO</b>
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 <b>todos los copagos y los deducibles no cubiertos deben pagarse al momento del servicio</b> . 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. <b>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</b> . 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. <b>Los cargos por los servicios de Genetics Center son en última instancia mi responsabilidad</b> .
Aviso sobre el Proyecto de Ley del Senado de California (SB) 1061: De acuerdo con la Sección 1785.27 del Código Civil, el titular de este contrato de deuda médica tiene prohibido proporcionar cualquier información relacionada con esta deuda a una agencia de informes de crédito al consumidor. Además de cualquier otra sanción permitida por la ley, si una persona proporciona deliberadamente información sobre esta deuda a una agencia de informes de crédito al consumidor en violación de dicha sección, la deuda se considerará nula y no exigible.
<b>LOS BENEFICIOS Y LA VERIFICACIÓN DE LA COBERTURA ESTÁN SUJETOS A CAMBIOS</b>
<b>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.</b>
<b>RECONOCIMIENTO DE CONTRATISTAS INDEPENDIENTES</b>
Reconozco que algunos proveedores involucrados aquí no son empleados, sino contratistas independientes, que incluyen específicamente a los practicantes y ecografistas.
<b>RECONOCIMIENTO DE FACTURACIÓN POTENCIAL POR OTROS PROVEEDORES</b>
Reconozco que podría haber otros proveedores involucrados, como ultrasonido, hospital, perinatólogo, etc., que tendrán su propia facturación.
<b>AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR MENSAJES DE VOZ</b>
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.
<b>AVISO DE LA BASE DE DATOS DE PAGOS ABIERTOS</b>
Para cumplir con el Proyecto de Ley de la Asamblea (AB) 1278, Yo reconozco haber recibido el aviso requerido: La base de datos Open Payments es una herramienta federal que se utiliza para buscar pago realizado por compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales educativos. Se puede encontrar en <a href="https://openpaymentsdata.cms.gov">https://openpaymentsdata.cms.gov</a>
<b>RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD</b>
Reconozco que me ofrecieron una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Genetics Center.
<b>AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR MENSAJES DE TEXTO</b>
[Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ] Yo consiento y autorizo recibir mensajes de texto de Genetics Center al número de teléfono que proporciona para recordatorios de citas e información general relacionada con mi tratamiento de atención médica, y entiendo que puedo optar por no participar en cualquier momento.

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

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

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



## Póliza de Cancelación y Falla En Presentarse

Sentimos que el tiempo de nuestros pacientes es valioso. Cuando se programa su cita, se reserva un horario, se preparan sus registros y se asigna cierto personal para atenderle. Por favor, recuerde que su cita está reservada exclusivamente para usted.

Una cancelación o reprogramación hecha con menos de 24 horas (1 día de negocio) de notificación o una falla en presentarse, significativamente limita nuestra habilidad para atender otros pacientes en necesidad. Le pedimos que sea cortés y llame a nuestra oficina con prontitud si no puede asistir a su cita.

- Pacientes que no se presentan a su cita programada o que no notifican a la oficina de la cancelación más de 24 horas antes de su cita serán sujetos a un cobro de “No Presentación/Cancelación” de \$50. En caso de una emergencia en la que no se haya podido dar aviso previo, se considerará la situación y se podrá conceder una excepción única.
- Como cortesía, le mandamos mensajes de texto y/o hacemos llamadas recordatorios un día o dos antes de su cita. Esta póliza permanece en efecto si un texto, una llamada o un mensaje de voz no se recibe.

Su firma abajo indica que ha leído y entiende lo de arriba.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_