GENETICS CENTER

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MÉDICA Y PAGOS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente
(Apellido, nombre, segundo nombre):

Fecha de Nacimiento: (mes-día-año)

Últimos 4 dígitos del número de seguro social:

Domicilio de Casa:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Número de teléfono:

Preferencia de comunicación: ◯ Correo ◯ Teléfono ◯ No tiene preferencia

Nombre de un Pariente Mas Cercano:

Relacion al Paciente:

 # de Telefono:

Médico que lo refiere:

PADRES (O TUTOR) INFORMACIÓN

Padre 1 (Apellido, nombre, segundo nombre):

Fecha de Nacimiento: (mes-día-año)

Últimos 4 dígitos del número de seguro social:

de Licencia de Manejar de la Pareja:

Relación con el paciente:

Empleador:

Domicilio de Empleador:

Teléfono de Trabajo:

Padre 2 (Apellido, nombre, segundo nombre):

Fecha de Nacimiento: (mes-día-año)

Últimos 4 dígitos del número de seguro social:

de Licencia de Manejar de la Pareja:

Relación con el paciente:

Empleador:

Domicilio de Empleador:

Teléfono de Trabajo:

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:

Copyright © GENETICS CENTER. All rights reserved.

GENETICS CENTER

Seguro, pago y otros términos

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.**

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.

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.

AVISO DE LA BASE DE DATOS DE PAGOS ABIERTOS

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 medicamen-tos y dispositivos a médicos y hospitales educativos. Se puede encontrar en https://openpaymentsdata.cms.gov

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que me ofrecieron una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Genetics Center.

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR MENSAJES DE TEXTO

[Si ☐ No ☐] 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)

Copyright © **GENE**TICS CENTER. All rights reserved.

GENETICS CENTER
211 South Main Street, Orange, California 92868
Tel 714.288.3500 & 888.4.GENETIC Fax 714.288.3510
www.geneticscenter.com

Póliza de Cancelación y Falla En Presentarse

Una cancelación o reprogramación hecha con menos de 24 horas (1 día de negocio) de notificación o si falla en presentarse a su cita, significativamente limita nuestra habilidad para atender otros pacientes en necesidad. Entendemos que hay circunstancias fuera de su control que puede resultar en que cancele su cita. Sin embargo, pedimos que nos contacten lo más pronto posible para cancelar su cita.

- Citas canceladas o reprogramadas sin aviso de 24 horas serán sujetas a un cobro de cancelación de $25.00. Por favor de a nuestra oficina un aviso de 24 horas para cancelar o reprogramar su cita.
- Si cancela o reprograma su cita tarde (menos de 24 horas) o no se presenta a dos citas, no podemos programar mas citas para usted en el futuro.
- Si llega más de 15 minutos tarde a su cita, la cita puede ser cancelada y reprogramada.
- 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.

Nosotros apreciamos su ayuda en manteniendo nuestra oficina funcionando eficientemente.

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

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____