



Kentucky / Indiana Foot and Ankle Specialists

Care That's Always a Step Ahead.

MEDICARE: Yo solicito que el pago de beneficios autorizados de medicare sea hecho a mí o en mi nombre al médico arriba por los servicios brindados. Yo autorizo a cualquier portador de información medica sobre mí a liberarla a la Administración de Financiamiento de Cuidado de Salud y sus agentes cualquier información necesaria para determinar los beneficios o los beneficios debidos por los servicios relacionados. Yo por lo presente autorizo a Medicare brindar al médico nombrado cualquier información acerca de mi reclamo de Medicare bajo el título XVIII de la ley de Seguro Social.

ASEGURANZA COMERCIAL: Yo por lo presente autorizo la liberación de la información necesaria para procesar un reclamo con mi aseguranza y asignación de beneficios de otra manera pagables a mí, al médico o al grupo indicado en el reclamo quien hizo el servicio. Yo entiendo que soy financieramente responsable por cualquier balance no cubierto por mi portador de aseguranza. Una copia de esta firma es tan valida como la original.

Firma del Paciente

Fecha

LRPSM FORMA DE LIBERACIÓN

Fecha completada: _____

Liberación de Información

- Yo autorizo la liberación de información incluyendo mi diagnóstico, archivos, exámenes hechas a mí, y información de reclamos. Esta información puede ser liberada a las siguientes personas:
- Conyugue / Pareja: _____
- Padre / Tutor (Nombres): _____
- Hijos (Nombres): _____
- Médicos (Nombres): _____
- Otro: _____
- No liberar nada de información.

Esta versión permanecerá vigente hasta que yo la termine por escrito.

PREFERENCIA DE MENSAJES / LLAMADAS

Por favor llamar: Mi Casa Mi Trabajo Mi Celular Otro _____

Si no me puede contactar: Dejar un mensaje detallado..

YO RECONOZCO HABER RECIBIDO – AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo reconozco que recibí una copia del Aviso de Practicas de Privacidad y que yo las he leído (o que tuve la oportunidad de leer si lo elegía) y entiendo el aviso.

Nombre de Paciente (Imprimido)

Fecha de Nacimiento de Paciente

Firma de Paciente/ Padre/ Persona Responsable

Fecha

Imprimir Nombre de Paciente / Persona Responsable (si aplica)

Relación al Paciente

El paciente se negó a firmar este reconocimiento.

Empleado: _____ Testigo: _____



Kentucky / Indiana
Foot and Ankle Specialists

Care That's Always a Step Ahead.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN / NO PRESENTARSE

Nosotros entendemos que pueden pasar situaciones en cual tenga que cancelar su cita. Por eso es solicitado que, si tiene que cancelar o reprogramar su cita, nos dé un aviso de más de 24 horas. Esto permitirá a otro paciente que esté esperando para una cita ser programado en ese cupo de cita.

Citas de oficina que sea canceladas con un aviso de menos de 24 horas de notificación será cobradas una cuota de \$35.00 por cancelación.

Las cuotas de Cancelación y No Presentarse serán responsabilidad del paciente y deben de ser pagados por completo antes de la siguiente cita del paciente.

Pacientes que no se presenten a su cita sin llamar para cancelar serán considerados NO PRESENTADOS. Pacientes que no se presenten por tres (3) veces dentro de un periodo de 12 meses serán dados de alta de la práctica y negados citas futuras.

Nosotros entendemos que circunstancias “especiales” pueden causar cancelar dentro de 24 horas y cuotas en estos casos pueden ser perdonadas, pero con aprobación del Administrador.

Por favor firmar que ha leído, comprendido y está de acuerdo con esta Política de Cancelación y No Presentarse.

Nombre de Paciente (Imprimir)

Fecha de Nacimiento

Firma de Paciente o Representante de Paciente

Fecha