



FECHA: ____/____/____
NOMBRE DEL PACIENTE: _____
APELLIDO _____ NOMBRE _____ NOMBRE SEGUNDO _____ SEXO: M F

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: _____

NÚMERO DE TELÉFONO PREFERIDO: _____ PODEMOS DEJAR MENSAJE?: SI NO

NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNATIVO: _____ PODEMOS DEJAR MENSAJE?: SI NO

CORREO ELECTRÓNICO: _____ MENSAJES RECORDATORIOS: SI NO

LENGUAJE PRIMARIO: _____ CÓMO ESCUCHÓ SOBRE NOSOTROS? _____

INFORMACIÓN DEL PADRE

POR FAVOR SELECCIONE UNO:

MADRE MADRASTRA GUARDIAN

NOMBRE: _____

NUMERO DE CELULAR: _____

NÚMERO DEL TRABAJO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

EMPLEADOR: _____

POR FAVOR SELECCIONE UNO:

PADRE PADRASTRO GUARDIAN

NOMBRE: _____

NUMERO DE CELULAR: _____

NÚMERO DEL TRABAJO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

EMPLEADOR: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA:

NOMBRE/NÚMERO DE TELÉFONO: _____ RELACIÓN AL PACIENTE: _____

NOMBRE/NÚMERO DE TELÉFONO: _____ RELACIÓN AL PACIENTE: _____

PEDIATRÍA: _____ OFICINA: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

FARMACIA: _____ CALLES: _____ NUMERO DE TELÉFONO: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO

COMPANIA DEL SEGURO PRIMARIO: _____

DIRECCION: _____ CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL: _____

NUMERO DE MIEMBRO#: _____ GRUPO#: _____

NOMBRE DEL DUEÑO DE LA PÓLIZA : _____ DOB: ____/____/____

RELACIÓN AL PACIENTE: _____

COMPANIA DEL SEGURO SECUNDARIO: _____

DIRECCION: _____ CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL: _____

NUMERO DE MIEMBRO#: _____ GRUPO#: _____

NOMBRE DEL DUEÑO DE LA PÓLIZA : _____ DOB: ____/____/____

RELACIÓN AL PACIENTE: _____



**PEDIATRIC
FOOT & ANKLE**

**PREFERRED
FOOT & ANKLE**
S P E C I A L I S T S

Gracias por elegir a **Preferred Foot and Ankle Specialists / Pediatric Foot and Ankle** como su proveedor preferido de cuidado podológico. Es importante que comprenda claramente el acuerdo de la política financiera. Por favor, lea cuidadosamente y coloque sus iniciales/firme donde se indica.

Aseguranza:

Como cortesía, verificaremos sus beneficios antes de su cita. La cobertura o los beneficios obtenidos en la oficina no garantizan el pago ni la cobertura y pueden cambiar. Si su compañía de aseguranzas no le paga a la clínica dentro de 60 días, el saldo será facturado al paciente.

Iniciales: _____

Comprobante de Seguro:

Los pacientes son responsables de dar a la clínica la información de aseguranza precisa y actualizada al momento del servicio. No hacerlo puede resultar en la denegación del reclamo. Si un reclamo es rechazado debido a información de aseguranza incorrecta o incompleta, el paciente será responsable del saldo total del reclamo.

Si la información del aseguranza secundario o terciario no se proporciona al momento del servicio o antes de la presentación del reclamo, los reclamos que ya hayan sido enviados al aseguranza primario no serán enviados ni remitidos al aseguranza secundario/terciario. Una vez que se reciba la información del aseguranza secundaria, esta se aplicará únicamente a los reclamos enviados en el futuro.

Iniciales: _____

Referencias:

Si su plan de aseguranza requiere una referencia de su médico de atención primaria, es responsabilidad del paciente obtener una referencia válida antes de la cita. Las citas sin la referencia requerida pueden ser canceladas o convertidas a pago directo (self-pay).

Iniciales: _____

Pago:

Todas las responsabilidades financieras del paciente, incluidos copagos, coseguro, deducibles y cargos de pago directo, deben pagarse al momento del servicio. Los copagos no pueden facturarse y deben cobrarse al registrarse, según lo requerido por su plan de aseguranza.

Para su conveniencia, aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de crédito y CareCredit.

Las cuentas con saldos pendientes después de 90 días pueden estar sujetas a nuestro proceso de cobranza. Las cuentas enviadas a una agencia de cobros serán responsables de la tarifa



cobrada por la agencia (+35%), además del monto adeudado a la oficina.

Iniciales: _____

Si existen circunstancias especiales que hagan imposible el pago inmediato, los arreglos de pago deben ser aprobados con anticipación por nuestro departamento de facturación.

Servicios No Cubiertos:

Tenga en cuenta que algunos servicios de podología o cuidado rutinario de los pies pueden no estar cubiertos o no ser considerados médicaamente necesarios por su compañía de aseguranza. Cualquier servicio determinado como no cubierto por su plan será responsabilidad del paciente.

Iniciales: _____

Equipo Médico Duradero (DME):

El equipo médico duradero a menudo no está cubierto por el aseguramiento. Nuestra oficina verifica la cobertura de algunos, pero no de todos, los productos DME que puedan ser entregados antes de su visita. La verificación no es una garantía de pago, ya que la cobertura y el reembolso son determinados finalmente por su compañía de aseguranzas.

Si su plan de aseguramiento no cubre el DME, o si la cobertura es limitada o denegada, el paciente será responsable del costo de pago directo o de cualquier porción no cubierta según lo determine su plan de aseguramiento.

Iniciales: _____

Pacientes Pediátricos:

El padre, madre o adulto acompañante es responsable de cualquier copago, deducible, coseguro, y/o saldos al momento de la cita. Consulte nuestra Póliza para Padres Divorciados o Separados si corresponde.

Iniciales: _____

Póliza de Citas Perdidas:

Solicitamos amablemente un aviso de al menos 24 horas para cancelar o reprogramar cualquier cita. El no proporcionar el aviso adecuado puede resultar en un cargo de \$75 por cita perdida.

Iniciales: _____

Los pacientes que reprograman citas repetidamente pueden estar obligados a presentar un depósito de \$50 para asegurar futuras citas. Después de tres (3) citas perdidas o cancelaciones tardías, la clínica se reserva el derecho de dar de baja al paciente de la práctica.

Iniciales: _____

FMLA / Incapacidad:

La realización de formularios de FMLA, incapacidad u otros formularios



**PEDIATRIC
FOOT & ANKLE**

**PREFERRED
FOOT & ANKLE**
SPECIALISTS

administrativos—excluyendo notas de trabajo y notas escolares—está sujeta a una tarifa de procesamiento de \$25. El tiempo estándar de procesamiento para estos formularios es de una (1) semana.

Las solicitudes que requieran procesamiento acelerado incurrirán en una tarifa adicional de \$25.

Iniciales: _____

He leído y comprendo completamente la póliza financiera establecida por **Preferred Foot and Ankle Specialists**, y acepto que los términos de esta póliza financiera pueden ser modificados por la clínica en cualquier momento sin notificación previa.

Nombre impreso del paciente o garante

Fecha: _____

Firma del paciente o garante



Póliza para Padres Divorciados o Separados

Como cortesía en la atención del menor, solicitamos que los padres **NO** coloquen a nuestra oficina en medio de desacuerdos familiares. Confiamos en que los padres mantendrán un ambiente tranquilo, profesional y atento dentro de nuestra práctica.

1. **La ley del estado de Arizona** establece que ambos padres, ya sean custodios o no custodios, tienen derecho a los registros médicos del menor y a la información relacionada con su atención. Si la madre o el padre solicita información, atenderemos dicha solicitud.
2. Si la madre o el padre cuenta con una orden judicial que limite el rol del otro progenitor, solicitamos que se proporcione una copia de dicho documento junto con una carta del abogado que describa las obligaciones legales de nuestra oficina.

Iniciales: _____

3. Si un padrastro o madrastra traerá al menor a la cita, uno de los padres legales deberá proporcionar un consentimiento por escrito. Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento si se notifica por escrito.
4. Es responsabilidad de los padres comunicarse entre sí acerca de la visita del menor, las fechas de las citas, las recomendaciones de tratamiento y otros asuntos relevantes. No nos comunicaremos con el otro parente para discutir la visita o los pagos pendientes debido a la falta de comunicación entre los padres.
5. El parente o madre que traiga al menor a la cita es responsable de todos los copagos y pagos de deducible del seguro al momento del servicio, incluso si el otro parente figura como titular principal de la póliza. Por favor, no solicite que nuestra oficina cobre pagos a un parente que no esté presente o que pueda no estar al tanto de la visita. Además, si existen sobre pagos o créditos en la cuenta, indique por escrito a qué parente se le debe emitir cualquier reembolso.

Iniciales: _____

6. En situaciones en las que los padres no estén de acuerdo sobre el tratamiento médico (por ejemplo, si obtener o no ortesis/plantillas o realizar una cirugía), pospondremos el tratamiento recomendado hasta que exista un acuerdo entre ambos padres.
7. **Otras situaciones que no serán toleradas:**
 - a. Un parente programa citas y el otro las cancela.
 - b. Un parente solicita que escribamos o digamos comentarios negativos sobre el otro parente.



- c. Padres que discuten o generan conflictos dentro de nuestras oficinas.
- d. Cualquier otro comportamiento que interfiera con nuestra capacidad de brindar la mejor atención médica posible a todos nuestros pacientes en un entorno seguro y tranquilo.
- e. Cambiar información demográfica, dirección de correo electrónico o número de teléfono preferido sin notificar al otro parent.

Agradecemos sinceramente la confianza que depositan en nosotros para trabajar juntos en el mejor interés de la salud de su(s) hijo(s).

Nombre del menor y fecha de nacimiento

Nombre del parent/madre (letra de imprenta)

Firma del parent/madre

Fecha