

SOUTHERN UTAH EAR NOSE THROAT ALLERGY AUDIOLOGY AND FACIAL PLASTICS

617 E RIVERSIDE DR. SUITE 201 ST GEORGE UTAH 84790 P-435-628-3334 (Toda la información es privada)

Por favor escribe legiblemente

Nombre del Paciente:

Apellido(s): _____ Nombre(s): _____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Dirección Física: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Teléfono: _____ ¿Mensajes Electrónicos? S/N

Género: _____ Estado Civil: _____ Edad: _____ # de Seguridad Social: _____

Raza: _____ Identidad Étnica: _____ Correo Electrónico: _____

Persona Responsable (PR): _____ Dirección de la PR: _____

Fecha de Nacimiento de PR: _____ ¿PR También es Suscriptor del Seguro? S/N

Si No...Suscriptor del Seguro: _____ Fecha de Nacimiento del Suscriptor del Seguro: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____

Doctor Primaria: _____ Última Visita: _____ Referencia de: _____

Seguro: _____

Noticia de Póliza de Privacidad y Autorización a Renunciar Información (HIPAA): Yo entiendo que las oficinas de Southern Utah Ear Nose and Throat no puedan renunciar mis datos médicos o información. Por la presente, yo autorizo las personas siguientes a tener acceso a mis datos médicos:

_____ (Espos(a) o Familiares)

_____ (Médico o clínica)

Este permanecerá en vigor hasta que mando una carta escrita a Southern Utah Ear Nose and Throat instruyéndoles a terminar este acuerdo. Yo autorizo automáticamente a mi Compañía de Seguro y a mi doctor referente a recibir cualquier y todos mis datos médicos.

PACIENTES DE AUTO PAGO: Yo entiendo que hay cobras extras por endoscopios (scopes), desbridación, pruebas de los oídos, y/o cualquier otro servicio provisto, aparte de la consultación. Estas cobras pueden ser facturado después de la fecha del servicio. Podemos proveerle un presupuesto de cobras a pedido.

Acuerdo Financial y Póliza: Yo entiendo que es mi responsabilidad a conocer mi seguro, mis beneficios, las reglas, la cobertura, y mi elegibilidad. Las consultas, endoscopios, desbridación del seno, pruebas de los oídos, TAC (tomografía axial computarizada), pruebas de alergias, y cualquier otro servicio hecho durante la visita puede requerir un copago adicional o puede ser aplicados a mi deducible o a mi seguro por mi compañía del seguro.

Gracias por eligiendo a nuestros oficinas como sus proveedores de servicios de salud ENT. Somos comprometidos a proveerle con atención médica de calidad. Por favor, lee nuestro póliza de finanzas y por favor, pregúntanos con cualquier duda y firme en es espacio proveído. Una copia será proveído a pedido.

POR FAVOR DAR LA HUELTA POR LA PÓLIZA DETALLADA DE FINANZAS Y SU FIRMA

1. **Seguro:** Nosotros participamos con la mayoría de los seguros de Utah, incluyendo Medicare y la mayoría de los Medicaid de Utah. No participamos con planes de 'health share.' Si tiene un deducible alto (más que \$2,000) **nuestras oficinas cobrarán un depósito por adelantado**, antes de su visita. La mayoría de los planes con deducibles altos procesan toda la visita a su deducible. Debido a esto, cobramos \$100-\$400 antes de su visita, depende en el razón por la visita. **Conociendo a su seguro y beneficios es su responsabilidad.** Por favor contacte a su compañía de seguro con cualquier pregunta que tiene sobre su cobertura. Para los pacientes con seguro, yo por la presente asigno y autorizo pago de mis beneficios del seguro directamente a Southern Utah Ear Nose and Throat. Garantizo pago de todas las cobras hechas de mi parte y entiendo que yo soy responsable por cualquier cantidad después del pago del seguro y ajustes. Una negación de mi seguro no me suelte de mis obligaciones financieras. Ayudaré con un proceso de apelación o dar a mi compañía de seguro la información necesaria a procesar y pagar mis declaraciones. Entiendo que Southern Utah Ear Nose and Throat cobra a mis compañías de seguro como cortesía y que yo soy responsable por proveyendo pago de mis declaraciones si la compañía de seguro no las paga. Si una cuenta esta enviada a una empresa de cobros, los términos son 30 días desde la fecha del servicio de la factura. Si vive fuera de Utah, su seguro podría no pagar por algunos o todos los servicios. Cobraremos los seguros de Nevada, Arizona, y California como cortesía pero si no pagan todos los servicios, podría usted deber a la oficina por cualquier servicio provisto.
 2. **Copagos y Deducibles:** Todos los copagos y deducibles tienen que ser pagado a tiempo de servicio, antes de la visita o procedimiento. Después del proceso de declaración, algunos deducibles serán facturado a usted. Este acuerdo es parte del contrato con su compañía del seguro. Una falta de nuestra parte a recoger copagos y deducibles de los pacientes se puede considerar rompiendo las reglas de nuestro contrato con los seguros. Por favor ayúdanos guardar nuestros contratos por pagando los copagos y/o deducibles durante cada visita o durante el proceso de declaraciones.
 3. **Servicios No Cubiertos:** Por favor esté atento que algunos de los servicios que recibe de nuestras oficinas no podrían ser cubierto o están considerados de investigación por su compañía de seguro. Ejemplos incluyen aparatos para oír, endoscopios, TAC, servicios de audiología, implantes de Laterna, Califix, etcétera. Siempre fijaremos con su seguro primero a repasar los beneficios o averiguar si requieren autorización, pero es posible que usted necesita pagar por estos servicios en completo si el seguro no los pagan o pagan después de la apelación. Por favor pregunte antes de que recibe a estos servicios.
 4. **Prueba del Seguro:** Todos los pacientes deben llenar nuestro ingreso antes de ver a un médico. Tenemos que obtener una copia de seguro válido y actual para proveer prueba del seguro. Una falta de proveernos con la información correcta del seguro de manera puntual puede resultar en cobras demás y podría ser responsable a pagar por el servicio por completo.
 5. **Entrega de la Declaración:** Nosotros entregaremos sus declaraciones a la compañía de seguro después de la visita, cirugía, o procedimiento como cortesía. Su compañía de seguro podría requerir que le pasa cierta información directamente a ellos. Es su responsabilidad a cumplir con su pedido. Su beneficio es un contrato entre usted y su seguro; nosotros no somos parte. Una falta de proveerles con puede resultar en cobras demás y podría ser responsable a pagar por el servicio por completo.
 6. **Cambios de Cobertura:** Si su seguro cambia, por favor avísenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados y que recibe sus beneficios disponibles. Si su compañía de seguro no paga su declaración entre 45 días, haremos una apelación o proveeremos la información necesaria a la compañía de seguro. Si ellos no pagan, la cuenta será facturado a usted automáticamente.
 7. **Falta de Pago:** Si se debe algo en su cuenta más de 90 días, recibirá una afirmación diciendo que tiene ciertos días a pagar su cuenta en completo. Pagos parciales no serán aceptados sin permisión especial. Por favor, esté atento que si no paga una cuenta después de eso, podríamos mandar su cuenta a una empresa de cobros. Si llega a este punto, la empresa de cobros podría tomar acción legal, el paciente o persona responsable será responsable a pagar todos los cobros, incluyendo legales hasta 35% de la cuenta. A firmar este documento, admite que Southern Utah Ear Nose and Throat, incluyendo abogados y procuradores, podrían tener propósitos legítimos a llamarle y discutir este cuenta, y nosotros cobraremos los pagos de estas llamadas. Cuando se dan la cuenta a una empresa de cobros, tendría que contactar a la empresa de cobros para resolver todo.
 8. **Visitas Ausentes:** Southern Utah Ear Nose and Throat tiene una póliza de visitas ausentes de \$50 si no viene a su visita o si cancelas menos que 24 horas antes de la cita. Estas cobras serán su responsabilidad y serán facturado directamente a usted. Por favor, ayúdenos a servirle mejor por guardando a sus citas y visitas planeadas.
- Nuestra clínica esta comprometida a proveerle con el tratamiento mejor posible. Nuestros precios representan lo normal por una oficina especialista. Gracias por entender a nuestro póliza financiera. Por favor, avísenos si hay preguntas o preocupaciones. A firmar, ha leído y entiende la póliza financiera y acepte a seguir las reglas.

Firma de paciente o persona responsable

Fecha