

**HORIZON WOMEN'S HEALTH
OBSTETRICS AND GYNECOLOGY**

FECHA: _____ NOMBRE DE PACIENTE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____
DIRECCION _____
Calle #apt Ciudad Codigo Postal
TELEFONO: _____ CELLULAR _____ SSN _____
EMAIL: _____ RAZA: _____ ETNICIDAD: _____
EMPLEADOR: _____ OCUPACION: _____
DIRECCION _____
NOMBRE DE ESPOSO _____ Fecha de Nacimiento _____ SSN _____
REFERIDA POR PARTE DE: _____ Doctor _____

ASEGURANZA

ASEGURANZA PRIMARIA

EFFECTIVO _____
ID# _____ GROUP # _____
NOMBRE DEL ASEGURADO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
SSN _____ RELACION AL PACIENTE _____
EMPLEADOR: _____ OCUPACION: _____
DIRECCION DEL EMPLEADOR _____ TELEFONO _____

ASEGURANZA SECONDARIA

EFFECTIVO _____
ID# _____ GROUP # _____
NOMBRE DEL ASEGURADO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
SSN _____ RELACION AL PACIENTE _____
EMPLEADOR: _____ OCUPACION: _____
DIRECCION DEL EMPLEADOR _____ TELEFONO _____

PERSONA QUE NO VIVA CON USTED EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: _____ RELACION: _____
DIRECCION: _____ TELEFONO: _____

SI LA PACIENTE ES MENOR DE EDAD NECESITAMOS LA SIGUENTE INFORMACION

**** (necesitamos la forma de consentimiento menor firmada) ****

Nombre de guardian _____
Nombre de person responsable por los cargos _____
Fecha de Nacimiento _____ SSN _____
Direccion _____ Telefono _____

NOTE: Usted va recibir cuentas separadas de el laboratorio para la intrepetracion del papanicolao, cultivos, analysis de orina, patologia o cualquier otro estudio del laboratorio
Pacientes que estan EMBARAZADAS pueden ser despedidas de esta oficina si no vienen a las propias citas programadas para el embarazo.
Necesitamos un aviso de 48 horas para poder mandar sus recetas medicas. Su farmacia puede enviar una solicitud por fax. Porfavor entienda que unas recetas requieren un consulta con el doctor.

Firma del paciente: _____ fecha: _____

HORIZON WOMEN'S HEALTH

Poliza de la Oficina

Bienvenidos a nuestra practica. Para mejorar el servicio de sus necesidades, hemos adoptado la politica financier siguiente.

1. 1. Los copays y depositos necesitan pagarse al tiempo que los servicios sean rendidos. Para cirugia y partos, su parte financier necesita estar pagada antes de la fecha qu se interna. Aceptamos cash y tarjetas de credito o debito.
2. 2. Necesita tener su tarjeta de aseguranza en cada visita. Si usted cambia de seguro o termina, es su responsablida de avisar nos de los cambios. Usted sera responsable de todos los cargos resultando si no los dio los cambios de su aseguranza.
3. 3. Consultas con el doctor que la aseguranza no cubre se pagan completo a la hora de servicio.
4. 4. Si usted no tiene aseguranza o beneficios para el embarazo, le aemos un plan de cash que necessita estar pagado en total antes del terser trimestre.
5. 5. Para los pacientes que son menor de edad (menos de 18), los padres o el tutor debe firma la oja de consentimiento. Los padres, tutor, o el acompanante del menor son responsable de cualquier pago debido a la hora de servicio.
6. 6. Hay un cobro de \$25.00 por formas que requieran ser llenados y firmados por el doctor separado del copago. Se colectara en adelante. SIN EXCEPCIONES. Usted es responsable a entregar a su trabajo.
7. 7. Hay un cobro de \$30.00 por cada cheque que devuelva su banco.
8. 8. Citas para cirugias no canceladas antes de 7 dias aviles tendran u cobro de \$75.00 por las cancelacion. Cualquier procedimiento en la oficina por ejemplo ultrasonidos tienen que ser cancelados 3 dias antes de la cita si no es asi habra un cobro de \$50.00 por cancelacion. Por favor note que los cobros por no presentarse a su cita no son cubiertos por su aseguranza. Esta es su responsabilidad.
9. 9. Cuentas que se deben y no estan pagas en 60 dias, se le agregara \$30 por su quenta atrasada a su monto total. Despues de 90 dias su cuenta atrasada sera enviada a una agencia de coleccion. Enese caso su quenta aumenta 35%, el minimo de \$30.
10. 10. **El (CDC) Centro de Enfermedades Controladeas, el directriz declara que cada mujer que esta sexualmente active necesita ser examinada para infecciones vaginales, incluso infecciones transmitidas sexuales al tiempo de su papanicalao. Si usted decide no quiere cumplir con este directriz, por favor informele a la enfermer.**

Firma del paciente: _____ fecha: _____

Nuestra practica esta comprometida a proporcionar el mayor tratamiento para nuestros pacientes, y cobramos apropiado basado en la localizacion, la habilidad del medico y la maestria geograficas. Usted es responsable del pago sin importer cualquier determinacion arbitraria de la compania de seguros de generalmente y acostumbrado tarifas.

Debemos acentuar que como, proveedor de cuidado medico, nuestra relacion esta con ustedes, no su compania de seguro medico. Mientras que la limadura de las demandas de seguro es una cortesia que ampliamos a nuestros pacientes, todos los cargos son su responsabilidad a partir de la fecha que se rinden los servicios. Realizamos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si se presentan tales problemas, le animamos a que se comuniquen con nosotros puntualmente para la ayuda en la gerencia de su cuenta.

Nuestra practica cree firmemente que un buen medico / paciente es basado sobre entender uno al otro y la Buena comunicacion. Si usted tiene cualquier pregunta sobre la informacion antedicha, no tarde por favor en hablar con alguien en nuestra oficina. Estamos aqui para ayudar.

AUTORIZACION:

CONSIENTO Y AUTORIZO HORIZON WOMEN'S HEALTH PARA TRATAR CUALQUIER CONDICION OBSTETRICA & GYNECOLOGICA QUE TENGA Y BUSQUE TRATAMIENTO. EN ADICION, ES MI RESPONSABILIDAD FINANCIERA PAGAR POR LOS SERVICIOS RENDIDOS A MI.

HE LEIDO Y ENTIENDO LA POLITICA FINANCIERA DEL PACIENTE.

Nombre del paciente _____ fecha _____

Firma del paciente _____

Nombre del guardián (del menor) _____ fecha _____

Firma del guardián _____

SEGURO DE AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información médica como resultado de o necesario para procesar cualquier solicitud de servicio proporcionados por **HORIZON WOMENS HEALTH**.

Yo autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente a **HORIZON WOMEN'S HEALTH** por mi cuidado. Yo entiendo que soy responsable por cualquier cantidad no cubre el seguro.

FIRMA _____ FECHA _____
PADRES / PERSONA RESPONSABLE / TUTOR

FIRMA _____ FECHA _____

RECONOCIMIENTO PREVIO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de **HORIZON WOMEN'S HEALTH** _____ (inicial)

CONSENTIMIENTO PARA DISCUTIR LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

La ley federal prohíbe ESTA OFICINA dar ninguna information a alguna persona que no sea el paciente, sin tener un consentimiento firmado por el paciente. Si usted desea que nuestra oficina de su información a otra persona, por favor ponga el/los nombres y la relación abajo. También recuerde que las personas que usted nombre tienen que dar su fecha de nacimiento como verificación.

| | Nombre de Persona | Relacion al Paciente |
|----|-------------------|----------------------|
| 1. | _____ | _____ |
| 2. | _____ | _____ |
| 3. | _____ | _____ |
| 4. | _____ | _____ |

FIRMA _____ FECHA _____
FECHA DE NACIMIENTO _____

**PLEASE FILL OUT THE FOLLOWING INFORMATION.
POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN.**

Name/Nombre: _____

Birthdate/Fecha de Nacimiento: _____

Please confirm which lab we should send your specimens to.
You are responsible for any lab fees as we do not bill for the lab.

Confirme a qué laboratorio debemos enviar sus muestras.
Usted es responsable de cualquier pago de laboratorio, ya que nosotros no estamos encargados de los cargos del laboratorio.

Lab/Laboratorio: _____

Please confirm which pharmacy you would like your prescriptions to be sent to.

Confirme a qué farmacia desea que le envíen sus recetas.

Pharmacy/Farmacia

Name/Nombre: _____

Address/Dirección: _____

City/Ciudad _____ **State** _____ **Zip** _____