

Le agradecemos que haya elegido nuestro consultorio para la atención médica de sus hijos. Para evitar cualquier posible malentendido futuro, hemos preparado el siguiente resumen de nuestras políticas financieras.

Requeriremos una copia de su tarjeta de seguro e información de facturación. Por favor traiga la tarjeta con usted a cada visita. Si se da de alta o cambia de plan, por favor infórmenos inmediatamente. Si no nos informa de cualquier cambio en la cobertura, usted se hará responsable del pago de los servicios prestados. Le facturaremos el saldo según su plan de seguro.

Es nuestra política que la persona que trae al niño a nuestra oficina es responsable del pago, en el momento de la visita de los servicios prestados, independientemente del padre que tenga la obligación legal de pagar por la atención médica. Es responsabilidad exclusiva de los padres resolver estos asuntos financieros entre ellos y los proveedores de cuidados.

HONORARIOS POR EL SERVICIO:

- **CARGO POR CITA PERDIDA** - Para citas físicas que no se cancelen con 24 horas de antelación. De antemano = \$75. Después de 2 «ausencias» la cuota aumenta a \$100 por visita. Después de 3 «ausencias» se le puede pedir que abandone el consultorio..
- **CONSULTAS TELEFÓNICAS** - Las llamadas fuera de horario a nuestro Centro de «Triaje Pediátrico», entre las 9 p. m. y las 8 a. m., se facturarán directamente a usted, \$20/cada una.
- **COPIA DE HISTORIALES MÉDICOS** - Después de rellenar el formulario de autorización médica, nuestra oficina lo enviará al departamento HIM de Stamford Health para que los procesen.
- **VFC/VACUNAS ESTATALES** - Disponibles para aquellos que cumplen los requisitos, \$21/cuota de administración/dosis.
- **CARGO POR CHEQUE DEVUELTO** - Es de \$25.

*** POLÍTICA DE FORMULARIOS MÉDICOS***

A partir del 1/1/2014. Procederá un cargo de 10 dólares por formulario, por menor. Esto incluye protocolos de la escuela, el campamento, la medicación, alergias, etc., ya sea enviado o traído en el momento de una visita. Los formularios enviados por correo siguen requiriendo un tiempo de entrega de una semana y un cheque adjunto, junto con un sobre con la dirección del destinatario. Seguiremos ofreciendo nuestra opción de «Formulario urgente» para todos los formularios que deban rellenarse en 48 horas o menos, por una tarifa de 30 dólares por formulario.

Declaración, autorización y cesión de prestaciones del responsable:

- Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.
- Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar las reclamaciones.
- Autorizo el pago directo al Centro Pediátrico de todas y cada una de las prestaciones médicas que de otro modo me corresponderían, según los términos de mi seguro. También afirmo que reembolsaré al Centro Pediátrico cualquier pago que mi compañía de seguros me haya enviado por error. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los co-pagos, los cargos no cubiertos por los beneficios de mi seguro y los honorarios por servicio mencionados anteriormente.

Estoy de acuerdo en que, independientemente de mi estado de seguro, soy responsable, en última instancia, por el saldo de mi cuenta para cualquier servicio prestado.

Nombres de los menores: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Relación con el(los) paciente(s): _____

Número de teléfono del domicilio: _____ Número de móvil de la madre _____

Número de móvil del padre _____

E-Mail: _____