Kidney Care Specialists, LLC

Medical Associates of Drexel Hill

Maria Victoria Largoza, M.D.
Hye-Ran Park, M.D.
Faahud A. Yafai, M.D.
Debbie Valsan, D.O.
Amy C. Reynolds, CRNP

Nombre del paciente: _____

Nos gustaría darle la bienvenida a nuestra práctica y proporcionarle información útil antes de su primera visita. Los siguientes puntos deben tenerse en cuenta para evitar retrasos o la necesidad de reprogramar. Lea estos puntos detenidamente, firme a continuación y traiga este formulario a su cita.

- Por favor, trate de llegar a tiempo. Hacemos todo lo posible para cumplir con el cronograma y al llegar a tiempo, nos ayudará. Su primera cita permite 30 minutos para completar el proceso de registro. Si llega 20 minutos o más tarde a su primera cita o una futura cita de seguimiento, se le reprogramará.

  Por favor, traiga todos los medicamentos que está tomando actualmente, no una lista de sus frascos de medicamentos reales.

- Haga que le envíen toda la documentación COMPLETAMENTE COMPLETA antes de su cita.

- Traiga su(s) tarjeta(s) de seguro y licencia de conducir. Si no tiene su tarjeta de seguro el día de la visita, se le pedirá que pague la visita ese día.

- Si usted no es el suscriptor principal de su seguro, necesitaremos saber el nombre, la dirección, la fecha de nacimiento y el número de seguro social de esa persona para facturar al seguro. Si no conoce esa información, no podemos facturar a su seguro y se le pedirá que pague la visita ese día.

- Si su compañía de seguros requiere una referencia, es su responsabilidad obtener una de su médico de atención primaria. Si esta referencia no está en nuestra oficina en el momento de su visita, deberá reprogramar su visita o aceptar pagar la visita ese día.

- Los copagos se deben pagar en el momento del servicio. Es su responsabilidad traer consigo el monto total de su copago, aceptamos efectivo y tarjetas de crédito, incluidas Mastercard y Visa. NO ACEPTAMOS CHEQUES.

- Traiga copias de los laboratorios relevantes y los informes de rayos X, o pídale a su médico que nos los envíe por fax o por correo. Sugerimos llamar uno o dos días antes para ver si los tenemos en nuestra oficina.

- **Todas las cancelaciones o reprogramaciones de citas para pacientes nuevos requieren un aviso de 24 horas. La falta de aviso de 24 horas dará lugar a una tarifa.**

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído y acepta las políticas anteriores.

_____ _____

Firma del paciente Fecha

2000 Sproul Road
Ste 300
Broomall, Pa 19008

795 E. Marshall Street
Ste. G2
West Chester, Pa 19380

Phone: (610) 789-6320
Fax: (484) 471-3917
madhnephrologyhypertension.com

Kidney Care Specialists, LLC
Medical Associates of Drexel Hill

Maria Victoria Largoza, M.D.
Hye-Ran Park, M.D.
Faahud A. Yafai, M.D.
Debbie Valsan, D.O.
Amy C. Reynolds, CRNP

Divulgación de registros Información de salud protegida

A QUIEN CORRESPONDA:

Estoy solicitando copias de mis registros al Dr. ____

Por favor, reenvíelos a:

_____

_____

_____

Yo, autorizo al Dr. _____ para entregar copias de mis registros a mi cuidado y seré responsable de enviarlos a quien desee.

Cualquier información, incluido el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que se me haya prestado durante el período comprendido entre _____to __

_____ _____
Fecha de firma del paciente o tutor

_____
Testigo

Dado que los registros de Salud Mental, Drogas y Alcohol, y VIH / SIDA no están cubiertos por una autorización general, estos registros se han solicitado específicamente como lo indica la firma del paciente o tutor a continuación.

Esta liberación es válida por 6 meses a partir de la fecha de firma, a menos que se firme una revocación del consentimiento.

_____ _____
Firma del paciente o tutor Firma del testigo

CC: Gráfico

2000 Sproul Road
Ste 300
Broomall, Pa 19008

795 E. Marshall Street
Ste. G2
West Chester, Pa 19380

Phone: (610) 789-6320
Fax: (484) 471-3917
madhnephrologyhypertension.com

Kidney Care Specialists, LLC
Medical Associates of Drexel Hill

Maria Victoria Largoza, M.D.
Hye-Ran Park, M.D.
Faahud A. Yafai, M.D.
Debbie Valsan, D.O.
Amy C. Reynolds, CRNP

POLÍTICA DE CANCELACIÓN/NO PRESENTACIÓN DE CITAS MÉDICAS

Gracias por confiar su atención médica a Medical Associates of Drexel Hill. Cuando programa una cita con nuestra práctica, reservamos suficiente tiempo para brindarle atención de la más alta calidad. Si necesita cancelar o reprogramar una cita, comuníquese con nuestra oficina lo antes posible y, a más tardar, 24 horas antes de su cita programada. Esto nos da tiempo para programar a otros pacientes que pueden estar esperando una cita. Consulte nuestra Política de cancelación / no presentación de citas a continuación:

- A partir del 1 de enero de 2018, cualquier paciente establecido que no se presente o cancele / reprograme una cita y no se haya comunicado con nuestra oficina con al menos 24 horas de anticipación se considerará No Show y se le cobrará una tarifa de $ 40.00.
- Cualquier paciente establecido que no se presente o cancele / reprograme una cita con menos de 24 horas de aviso por segunda vez se le cobrará una tarifa de $ 50.00.
- Si se produce un tercer No Show o cancelación/reprogramación sin previo aviso de 24 horas, puede ser expulsado de la práctica.
- Cualquier paciente nuevo que no se presente a su visita inicial será contactado para reprogramar si no asiste a la segunda cita, enviaremos una carta a su médico de cabecera o al médico que lo refirió a nosotros.
- La tarifa se cobra al paciente, no a la compañía de seguros, y se debe pagar en el momento de la próxima visita al consultorio del paciente.

Entendemos que puede haber ocasiones en que ocurra una emergencia imprevista, y es posible que no pueda asistir a su cita programada. Si experimenta circunstancias atenuantes, comuníquese con nuestra oficina para discutir.

He leído y entiendo la Política de cancelación de citas médicas / no presentación y acepto sus términos.

_____ _____

Nombre impreso de la firma

_____ _____

Fecha de firma del testigo del personal

2000 Sproul Road
Ste 300
Broomall, Pa 19008

795 E. Marshall Street
Ste. G2
West Chester, Pa 19380

Phone: (610) 789-6320
Fax: (484) 471-3917
madhnephrologyhypertension.com

Kidney Care Specialists, LLC
Medical Associates of Drexel Hill

Maria Victoria Largoza, M.D.
Hye-Ran Park, M.D.
Faahud A. Yafai, M.D.
Debbie Valsan, D.O.
Amy C. Reynolds, CRNP

Acuerdo del Portal del Paciente – Asociados Médicos de Drexel Hill

En caso de emergencia, marque el 911.
No utilice el Portal del Paciente.

Qué es el Portal del Paciente?
El portal del paciente es un sistema basado en la web que permite comunicaciones seguras y la transferencia de información entre los médicos y el paciente.

Propósito de la autorización
Medical Associates of Drexel Hill ofrece un portal para pacientes que proporciona acceso electrónico seguro a su información médica de salud y comunicaciones electrónicas seguras entre nuestra oficina y usted para aquellos pacientes que deseen participar. La mensajería segura puede ser una herramienta de comunicación valiosa, pero se deben tomar ciertas precauciones para minimizar los riesgos. Para gestionar estos riesgos, hemos impuesto algunos términos y condiciones de participación. Su aceptación en este formulario demostrará que ha sido informado de estos riesgos y las condiciones de participación y que acepta los riesgos y está de acuerdo con las condiciones de participación.

Cómo funciona el Portal Seguro del Paciente
Un portal web seguro es una página web que utiliza cifrado (una forma de seguridad electrónica) para evitar que personas no autorizadas lean comunicaciones, información o archivos adjuntos. Los mensajes y la información seguros solo pueden estar listos por alguien que conozca el nombre de usuario y la contraseña correctos para iniciar sesión en el sitio del portal del paciente. Nuestro portal para pacientes proporciona un método seguro de mensajería para garantizar que su privacidad cumpla con las regulaciones federales y estatales.

Después de iniciar sesión en el portal del paciente, puede

- Utilice la función de mensajería para comunicarse con el personal de la oficina
- Ver los resultados de las pruebas de laboratorio y otras pruebas de diagnóstico
- Solicite una cita
- Solicitar un resurtido de medicamentos
- Ver información resumida de salud
- Imprimir o guardar una copia electrónica de un resumen clínico

Protección de su información y riesgos de salud privada
Este método de comunicación y visualización evita que partes no autorizadas puedan acceder o leer mensajes mientras están en transmisión. Sin embargo, ningún sistema de transmisión es perfecto. Haremos todo lo posible para mantener la seguridad electrónica. Mantener los mensajes seguros depende de dos factores adicionales: el mensaje seguro debe llegar a la dirección de correo electrónico correcta, y la única persona correcta (o alguien autorizado por esa persona) debe poder tener acceso a ella. Usted es responsable de garantizar que tengamos su dirección de correo electrónico actual, y acepta informarnos inmediatamente si cambia.

Proteja la información de nombre de usuario y contraseña del portal del paciente como protegería su información bancaria. Proteja esta información para que solo usted o alguien que usted autorice tenga acceso a esta información.

Kidney Care Specialists, LLC
Medical Associates of Drexel Hill

Maria Victoria Largoza, M.D.
Hye-Ran Park, M.D.
Faahud A. Yafai, M.D.
Debbie Valsan, D.O.
Amy C. Reynolds, CRNP

Si cree que alguien ha aprendido su contraseña, debe ir inmediatamente al sitio web y restablecerla. Usted acepta no compartir su nombre de usuario y contraseña con personas no autorizadas y mantener ese nombre de usuario y contraseña en un lugar seguro en todo momento. El acceso al portal del paciente es un servicio gratuito, pero nos reservamos el derecho de cambiar esta política si es necesario. Nos esforzamos por mantener toda su información protegida de atención médica completamente confidencial.

Elegibilidad del Portal del Paciente
Los pacientes actuales que tienen al menos 18 años de edad son elegibles para acceder al portal del paciente. Se requiere un nombre de usuario y contraseña para cada paciente.

La participación en el portal del paciente es totalmente voluntaria y no es necesario que utilice el portal del paciente para recibir atención de Medical Associates of Drexel Hill. El portal del paciente proporciona acceso a diferentes partes de su registro médico, pero no al registro médico completo.

Condiciones de participación en el Portal del Paciente
El acceso al portal web seguro es un servicio, y podemos suspenderlo o interrumpirlo en cualquier momento y por cualquier motivo. Si suspendemos o interrumpimos este servicio, se lo notificaremos tan pronto como sea razonablemente posible. Usted acepta no responsabilizar a Medical Associates of Drexel Hill ni a ninguno de sus empleados o médicos o extensores por infracciones de red o seguridad fuera de su control. Debe tener al menos 18 años de edad para acceder al portal del paciente. También debe ser un paciente activo de Medical Associates of Drexel Hill.

Medical Associates of Drexel Hill se reserva el derecho de cambiar el portal del paciente de vez en cuando. Medical Associates of Drexel Hill también puede suspender o cancelar el portal del paciente en cualquier momento.

Al aceptar este acuerdo, usted reconoce que comprende las políticas y procedimientos, acepta cumplirlos y todas sus preguntas han sido respondidas a su satisfacción.

Elija el estado de participación para acceder a la marca del portal y X en una de las siguientes opciones:

_____ Acepto acceder al Portal del Paciente y acepto cumplir con la información citada anteriormente.

_____ No deseo tener acceso al Portal del Paciente

Por favor, proporciónenos su correo electrónico, firme y ponga la fecha en el formulario.

Correo electrónico:_____

_____ _____
Firma Fecha:

Por favor escriba su nombre: _____

2000 Sproul Road
Ste 300
Broomall, Pa 19008

795 E. Marshall Street
Ste. G2
West Chester, Pa 19380

Phone: (610) 789-6320
Fax: (484) 471-3917
madhnephrologyhypertension.com

Kidney Care Specialists, LLC
Medical Associates of Drexel Hill

Maria Victoria Largoza, M.D.
Hye-Ran Park, M.D.
Faahud A. Yafai, M.D.
Debbie Valsan, D.O.
Amy C. Reynolds, CRNP

Aviso de prácticas de privacidad

Nombre del paciente:___

A nuestros pacientes: Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información de salud sobre usted, como paciente de esta práctica, y cómo puede obtener acceso a su información de salud. Esto es requerido por las Regulaciones de Privacidad creadas como resultado de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPPA).

Nuestro compromiso con su privacidad:

Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su información de salud. Estamos obligados por ley a mantener la confidencialidad de su información de salud.

Nos damos cuenta de que estas leyes son complicadas, pero debemos proporcionarle la siguiente información importante:

Uso y divulgación de su información médica en ciertas circunstancias:

1. A las autoridades de salud pública y las agencias de supervisión de la salud que están autorizadas por ley para recopilar información.
2. Demandas y procedimientos similares en respuesta a una orden judicial o administrativa.
3. Si así lo requiere un funcionario encargado de hacer cumplir la ley.
4. Cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad de otra persona o para el público. Solo haremos divulgaciones a una persona u organización capaz de prevenir la amenaza.
5. Si usted es miembro de las fuerzas militares estadounidenses o extranjeras (incluidos los veteranos) y si así lo requieren las autoridades correspondientes.
6. A funcionarios federales para actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por la ley.
7. A instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley si usted es un recluso o está bajo la custodia de un oficial de la ley.
8. Para trabajadores Compensación y programas similares.
9. Para fines de tratamiento, incluido el intercambio de datos médicos con otro proveedor, hacer referencias, realizar pedidos de laboratorio o recetas.
10. A efectos de pago, para presentar reclamaciones en papel o electrónicamente.
11. Para operaciones de atención médica, para control de calidad, revisiones de utilización, acreditación, suscripción y auditoría.

Kidney Care Specialists, LLC
Medical Associates of Drexel Hill

Maria Victoria Largoza, M.D.
Hye-Ran Park, M.D.
Faahud A. Yafai, M.D.
Debbie Valsan, D.O.
Amy C. Reynolds, CRNP

Sus derechos con respecto a su información de salud:

1. Comunicaciones. Puede solicitar que nuestra práctica se comunique con usted sobre su salud y problemas relacionados de una manera particular o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted en casa, en lugar de trabajar. Nos adaptaremos a una solicitud razonable.
2. Puede solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su información médica para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Además, tiene derecho a solicitar que restrinjamos nuestra divulgación de su información de salud solo a ciertas personas involucradas en su atención o el pago de su atención, como familiares y amigos. No estamos obligados a aceptar su solicitud; Sin embargo, si estamos de acuerdo, estamos obligados por nuestro acuerdo, excepto cuando la ley exija lo contrario, en emergencias o cuando la información sea necesaria para tratarlo.
3. Tiene derecho a obtener una copia de la información de salud que puede usarse para tomar decisiones sobre usted, incluidos los registros médicos del paciente y los registros de facturación, pero sin incluir las notas de psicoterapia. La práctica tiene 30 días para responder a su solicitud y para cobrar una tarifa administrativa de al menos $ 25.00 por esta copia.
4. Debe enviar su solicitud por escrito a Medical Associates of Drexel Hill, con el nombre de su médico tratante al Oficial de Privacidad de las prácticas, a quien puede comunicarse al (610) 789-6320 si necesita más información.
5. Puede solicitarnos que modifiquemos su información de salud si cree que es incorrecta o está incompleta, y siempre y cuando sea conservada por o para nuestra práctica. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse al Oficial de Privacidad de prácticas, a quien puede comunicarse al (610) 789-6320 si necesita más información.
6. Derecho a una copia de este aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Puede solicitarnos que le entreguemos una copia de este Aviso en cualquier momento. Para obtener una copia de este aviso, comuníquese con el Oficial de Privacidad de prácticas al (610) 789-6320.
7. Derecho a presentar una queja ante nuestro Oficial de Privacidad de prácticas o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante nuestra práctica, comuníquese con el Oficial de Privacidad de prácticas, a quien puede comunicarse al (610) 789-6320. Todas las quejas deben presentarse por escrito. No será penalizado por presentar una queja.
8. Derecho a proporcionar una autorización para otros usos y divulgaciones. Nuestra práctica obtendrá su autorización por escrito para usos y divulgaciones que no estén identificados por este aviso o permitidos por la ley aplicable.

Por la presente reconozco que he leído esta copia de Medical Associates of Drexel Hill Inc, Aviso de Prácticas de privacidad.

FIRMA: _____ FECHA: _____

2000 Sproul Road
Ste 300
Broomall, Pa 19008

795 E. Marshall Street
Ste. G2
West Chester, Pa 19380

Phone: (610) 789-6320
Fax: (484) 471-3917
madhnephrologyhypertension.com

Kidney Care Specialists, LLC
Medical Associates of Drexel Hill

Maria Victoria Largoza, M.D.
Hye-Ran Park, M.D.
Faahud A. Yafai, M.D.
Debbie Valsan, D.O.
Amy C. Reynolds, CRNP

Nombre:

Para que podamos atender mejor sus necesidades, es importante que tengamos la información más actualizada. Le pedimos que imprima de forma clara y legible.

Nombre y número de teléfono de su médico de atención primaria actual y de cualquier otro especialista que pueda ver:

Su farmacia actual (nombre, dirección, número de teléfono):

El número en el que le gustaría ser contactado por la oficina en, es importante que podamos ponernos en contacto con usted, así que no dude en proporcionar varios números:

Información de contacto de emergencia:

¿Ha estado en la sala de emergencias / admitido en el hospital desde su última visita? Si es así, proporcione la ubicación en la que fue visto, así como las fechas:

Cualquier cambio en sus medicamentos desde su última visita; (¿Ha dejado de tomar alguno, cualquier medicamento nuevo que pueda haber comenzado o cambios en la dosis):

Firma:_____ Fecha:_____

2000 Sproul Road
Ste 300
Broomall, Pa 19008

795 E. Marshall Street
Ste. G2
West Chester, Pa 19380

Phone: (610) 789-6320
Fax: (484) 471-3917
madhnephrologyhypertension.com

Kidney Care Specialists, LLC
Medical Associates of Drexel Hill

Maria Victoria Largoza, M.D.
Hye-Ran Park, M.D.
Faahud A. Yafai, M.D.
Debbie Valsan, D.O.
Amy C. Reynolds, CRNP

Historia del paciente

Para brindarle la mejor atención posible, complete todas las secciones a continuación. Esto nos dará un historial médico y familiar completo. Todas las respuestas serán CONFIDENCIALES.

Nombre:_____ Fecha:_____
Dirección:_____ Nacimiento:_____
Ciudad/Código postal: _____ Empleador(es)_____
Teléfono: (H)_____(W)_____ Referido por: _____
Estado civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)
Número de hijos: _____ Ocupación: Actual: _____Previo:_____
Motivo de la visita de hoy: _____
¿Con quién, si alguien, podemos hablar sobre su atención? _____
Relación:_____

HISTORIAL MÉDICO

Tiene alguna alergia a lo siguiente (sí o no) en caso afirmativo, describa el tipo de reacción? (sarpullido, urticaria, dificultad para respirar, etc.)

Látex _____ Foods_____ Medicación _____ Otros:_____
Enumere el elemento alérgico y describa la reacción _____
_____
_____

Por favor, enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente con dosis e instrucciones: (adjuntar lista aquí) _____
_____
_____
_____

Por favor, enumere todos los demás médicos que está viendo actualmente:
_____
_____

Le han diagnosticado o ha tenido problemas con alguno de los siguientes?

Artritis o gota ___ Enfermedades de la sangre, coagulación problems_____
Vejiga o Prostate_____ Bulto/Cyst_____ mamario
Respiración/Lungs_____ Cancer_____Type_____
Diabetes____ Years_____ Ojos/Vision_____
Oído_____ Enfermedad cardíaca_____
Pressure____Years___ altos en sangre Hígado/Ictericia/Hepatitis_____
Enfermedades renales_____ Enfermedad mental_____
Convulsiones_____ Estómago o Bowel_____
Golpe_____ Tiroides_____
Tuberculosis_____ Enfermedades Venéreas (VD)___
transfusions_____ de sangr

2000 Sproul Road
Ste 300
Broomall, Pa 19008

795 E. Marshall Street
Ste. G2
West Chester, Pa 19380

Phone: (610) 789-6320
Fax: (484) 471-3917
madhnephrologyhypertension.com

CIRUGÍA

Tipo:_____ Año:_____ Hospital:_____
_____ _____ _____
_____ _____ _____

HISTORIA SOCIAL

Tabaco: Actualmente: _____ Detenido: _____ Cuándo? _____
Cigarrillos: Paquetes/día ___ Número de años ____
Cigarros: Número/day_____ Número de years_____
Pipa:_____
Cafeína:_____
Tipo de alcohol: _____ Importe:_____
Drogas callejeras:
Marihuana: _____ Cocaína, Crack: _____ Heroína: _____ Anfetaminas, Velocidad: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Miembro de la familia	Número	Viviente	Difunto	Edad	Problemas médicos
Madre					
Padre					
Hermanos					
Hermanas					
Abuela materna					
Abuelo					
Abuela paterna					
Abuelo					
Niños					

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

Has tenido o alguna vez alguna de las siguientes?
(MARQUE CON UN CÍRCULO TODO LO QUE CORRESPONDA)

Dolor de cabeza, visión borrosa, desmayos, convulsiones, etc.

Problemas de visión, dolor ocular, enfermedad ocular diabética, pérdida de audición, mareos, dificultad para tragar, etc.

Tos, dificultad para respirar, sibilancias, etc.

Dolor torácico, latidos cardíacos rápidos o irregulares, hinchazón de los pies o las piernas, dolor al caminar (piernas, pecho), etc.

Náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea, alimentos que le molestan, pérdida de peso, etc.

Dolor al orinar, sangre en la orina, dificultad para iniciar o detener el chorro urinario, orina espumosa, infecciones urinarias, cálculos, quistes, etc.

Artritis, dolor de espalda, lesiones, erupciones cutáneas, úlceras cutáneas, anemia, trastornos hemorrágicos, etc.

Para mujeres:
Último período menstrual: _____
Número de embarazos: _____ Número de niños vivos: _____

Revisado con el paciente:

_____ _____ _____
Fecha Firma del paciente Médico Signature

2000 Sproul Road
Ste 300
Broomall, Pa 19008

795 E. Marshall Street
Ste. G2
West Chester, Pa 19380

Phone: (610) 789-6320
Fax: (484) 471-3917
madhnephrologyhypertension.com

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Gracias por elegir a Medical Associates of Drexel Hill como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a que su tratamiento sea exitoso. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra Política financiera, que requerimos que lea y firme antes de cualquier tratamiento.

- **Todos los pacientes deben completar nuestros formularios de información y seguro antes de ver al médico.**
- **EL PAGO TOTAL DE LA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE SE DEBE PAGAR EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.**
- **Aceptamos efectivo, cheques o giros postales.**
- **Las tarjetas de seguro deben presentarse en la visita inicial, o el paciente tendrá que reprogramar.**
- **Cualquier referencia necesaria debe estar presente en el momento del servicio o el paciente deberá reprogramarse.**
- **Todos los copagos, deducibles y pagos de servicios no cubiertos vencen antes del tratamiento.**

Con respecto al seguro:

No participantes
El pago de los servicios vence en el momento en que se prestan los servicios, a menos que los arreglos de pago hayan sido aprobados por nuestro personal. Estaremos encantados de ayudarle a procesar su formulario de reclamación de seguro para su reembolso. Un formulario de seguro completo debe acompañar cualquier solicitud de este tipo en cada visita. En casos especiales, podemos aceptar la asignación de beneficios de seguro. Independientemente de cualquier arreglo anterior, usted es responsable de cualquier deducible o coseguro de su bolsillo y estos montos deben pagarse por adelantado. El saldo es su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. ***Si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta en su totalidad dentro de los 45 días, el saldo se le transferirá automáticamente.***

Participante
Tenga en cuenta que algunos, y quizás todos, los servicios prestados pueden ser servicios no cubiertos. Es nuestra política no realizar esos servicios a menos que se considere médicamente necesario.

Tarifas habituales y habituales/No participantes
Nuestra práctica está comprometida a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes y cobramos lo que es habitual y habitual para nuestra área. Usted es responsable del pago independientemente de la determinación arbitraria de las tarifas habituales y habituales por parte de cualquier compañía de seguros.

Citas perdidas
A menos que se cancele con 24 horas de anticipación, nuestra política es cobrar por citas perdidas a una tasa de $ 90 por cita perdida. Por favor, ayúdenos a servirle mejor manteniendo las citas programadas

- Reconozco toda la responsabilidad por los servicios prestados por Medical Associates of Drexel Hill.
- Entiendo que el pago de los cargos incurridos se debe pagar al momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos financieros antes del tratamiento.
- Además, autorizo y solicito que los pagos se realicen directamente a Medical Associates of Drexel Hill.
- Si mi seguro prohíbe el pago directo a un médico, por la presente le indico y le indico que me haga el cheque y lo envíe por correo de la siguiente manera: Especialistas en atención renal - Asociados médicos de Drexel Hill, 2000 Sproul Road Suite 300, Broomall, PA 19008.
- Reconozco que si mi seguro requiere una referencia, soy responsable de asegurar esa referencia.¨ He leído la Política Financiera, la entiendo y acepto los términos de esta Política Financiera.

Firma de los pacientes: _____ Fecha: _____

2000 Sproul Road
Ste 300
Broomall, Pa 19008

795 E. Marshall Street
Ste. G2
West Chester, Pa 19380

Phone: (610) 789-6320
Fax: (484) 471-3917
madhnephrologyhypertension.com