



## CÁNCER DE PIEL SUDOESTE Y CLINICA DE LA VENA

Mohs & Dermatologic Surgery Center  
Vein Center

**Stephen D. Houston, M.D.**  
**Michael S. Graves, M.D.**  
**Connie Sterritt, PA-C**

### **Paciente responsabilidad financiera**

Habrán un cargo por cada cita y pago se recogerán en el día de servicio. Acepta formas de pago son efectivo, cheque, Visa, Mastercard y Discover. Para **nosotros estamos contratados con seguros**, nos presentará la reclamación para usted como cortesía si tiene su tarjeta de seguro. Para pacientes nuevos o establecidos con un cambio de seguro, si usted no tiene su tarjeta del seguro con usted a la hora de su cita, tendrá que pagar para su visita en su totalidad. Si usted es capaz de proveernos con su tarjeta de seguro después de la visita, luego se presentará el reclamo para usted y cualquier posible reembolso se hará después de que el seguro de la afirmación de los procesos. Si su seguro requiere un copago de especialista, se le pedirá que pague en el momento de su cita. Si están programados para cirugía, Estimado deducible y coaseguro cantidades se recogerán de usted en el día de la cirugía. Después de que el seguro de los procesos de la reclamación, usted puede recibir una declaración de gastos adicionales. Aceptamos crédito de cuidado para cualquier cita quirúrgica con un saldo mínimo de \$200. Para cualquier saldo no pagado, el pago es debido a la recepción de su declaración. Usted será responsable de pagar cualquier saldo pendiente antes de su próxima cita. Por favor, ser conscientes de sus beneficios y requisitos del seguro tales como: participación de la red, si una referencia es necesaria, copago de especialista, deducible, coaseguro y cualquier política limitaciones o exclusiones, llamando a los miembros de servicios número en la parte posterior de su tarjeta.

### **Recibo de la notificación de prácticas de privacidad**

He leído una copia de piel de sudoeste y de la clínica de cáncer aviso de prácticas de privacidad. (Este documento está disponible en la recepción a la llegada).

### **Liberación de información médica**

Que hacer / no hacer (circule uno) autorizar sudoeste piel & clínica de cáncer para divulgar información médica a mi padre, tutor, cónyuge o hijos.

### **Contacta con permiso**

En caso de que el sudoeste piel y clínica de cáncer necesita póngase en contacto con usted (paciente) con respecto a una cita, la medicación o el resultado de laboratorio, es permitido (marque todos que aplican):

- Deja un mensaje en el contestador
- Habla con cónyuge/otros (nombre: )
- Habla con otros miembros de la familia

(Nombre: relación: \_\_\_\_\_)

(Nombre: relación: \_\_\_\_\_)

### **Consentimiento para tratamiento**

Doy mi consentimiento para la realización de los procedimientos de diagnóstico, exámenes y prestación de tratamiento por el médico y el personal que se considere necesario a juicio del médico.

### **Autorización y asignación financiera responsabilidad**

Autorizo la publicación de cualquier información médica necesaria para procesar una reclamación de seguro a mi nombre. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier cambio no cubierto por mi plan de seguro. Solicito que mi compañía de seguros médico realizar ningún pago directamente a la piel del sudoeste y clínica de cáncer por los servicios prestados a mí.

**Mi firma abajo indica que he leído y estoy de acuerdo con todos los puntos antes mencionados.**

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma del paciente (o tutor)

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso