

Roberto Garcia, M.D., P.A.

Diplomado de la Junta Americana de Alergia, Asma e Inmunología

Roberto Garcia, M.D., FAAAAI., P.A.

Adult and Pediatric Allergy, Asthma, and Immunology
Diplomate of the American Board of Allergy and Immunology

Poliza de cancelación

Gracias por seleccionarme como su proveedor de atención médica. Eres un paciente valioso en nuestra clínica. Como saben me dedico al tratamiento de todos los paciente no solo a la enfermedad. Cuando programamos citas establecemos recursos de tiempo y profesionales para satisfacer sus necesidades individuales. Cuando un paciente no se presenta a su cita o cancela con menos de 24 horas de aviso, nuestros valiosos recursos están inactivos y se pierde una oportunidad de atención al paciente. Entendemos que hay ocasiones en que un paciente debe faltar a una cita debido a circunstancias imprevistas. En esos casos le pedimos que llame a nuestra oficina para evitar un cargo de \$20.00. Esto permite que mi personal programe a otro paciente que necesite atención médica. Una vez más, estoy comprometido a brindarle el mejor cuidado posible y contestar cualquier pregunta que usted pueda tener con respecto a su salud y bienestar.

Gracias

Roberto Garcia, MD

Firma Del Paciente

10940 Sheldon Rd Tampa, FL 33626 • PHONE (813) 926-4058 • FAX (813) 926-9872

508 S. Habana Ave Ste 210 Tampa, FL 33609 • PHONE (813) 873-9010 • FAX (813) 926-9872

21756 State Rd 54 Ste 102 Lutz, FL 33549 • PHONE (813) 948-0081 • FAX (813) 926-9872

Roberto Garcia, M.D., P.A.

Diplomado de la Junta Americana de Alergia, Asma e Inmunología

A quién podemos agradecer por referirte a nuestra oficina? _____
Dónde encontraste nuestra información de contacto? Google Amigo / Familia Seguro ZocDoc
Health Grades Páginas Amarillas Otro _____

Identificación del paciente: Sr. Sra. Srta. Dr. **Sexo:** _____
Estado civil Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a
APELLIDO _____ **NOMBRE** _____
Edad _____ Fecha de nacimiento _____ # De Seguro Social _____ - _____ - _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono Casa (____) _____ Teléfono Trabajo (____) _____ Teléfono Celular (____) _____
Ocupación _____ Empleado por _____
Dirección del trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Médico Primario _____ Teléfono (____) _____
Dirección (Del Medico) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Farmacia _____ Teléfono (____) _____

Responsabilidad financiera (Si es persona distinta al paciente)
APELLIDO _____ **NOMBRE** _____ Fecha de nacimiento _____
De Seguro Social _____ - _____ - _____ Relación al paciente _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono Casa (____) _____ Teléfono Trabajo (____) _____ Empleado por _____
Ocupación _____ Empleado por _____
Dirección del trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

USTED ES RESPONSABLE DE TODAS LAS CUENTAS SIN PAGAR Y COPAGOS. A MENOS QUE ESTAS CUENTAS SEAN PAGADAS

USTED NECESITARÁ CAMBIAR LA HORA DE SUS CITAS. AQUÍ NO ACEPTAMOS SEGUROS SECUNDARIOS

Yo doy mi consentimiento al tratamiento necesario del paciente mencionado. Yo autorizo a la transferencia de todos archivos médicos a mi médico primario y a mi compañía de seguro, si es necesario. Yo acepto la total responsabilidad financiera por los servicios proveídos por Dr. Roberto García. Yo entiendo que el pago por los servicios incurridos se hará a la hora de servicio a menos que otros arreglos financieros definitivos se hayan hecho antes del tratamiento. Yo accedo a pagar todos gastos razonables de abogados y costos por colectar dineros no pagados. Además, yo autorizo y solicito que pagos del seguro sean hechos directamente a nombre del Dr. Roberto García MD, PA, en caso de que ellos eligen a recibir tales pagos. Yo lei y entiendo completamente el consentimiento para tratamiento, responsabilidad financiera, transferencia de notas médicas, y autorización del seguro.

[] Doy mi consentimiento para liberar mis imágenes / fotos y datos clínicos relacionados con el diagnóstico de la alergia para fines de investigación.

[] No quiero que mis fotografías, imágenes o datos clínicos liberados para fines de investigación

FIRMA _____ **FECHA** _____

Roberto Garcia, M.D., P.A.

Diplomado de la Junta Americana de Alergia, Asma e Inmunología

POLITICA DE LA FACTURACION DE LA OFICINA

1. El pago de cobros incurridos se requiere el día del servicio a todos pacientes sin seguro médico.
2. Los pacientes con seguro médico, sea seguro privado, seguro del condado, medicare o medicaid son responsables de su copago en el día de servicio médico. No habrá excepciones.
3. Durante la primera fase del diagnóstico de los problemas respiratorios alérgicos o crónicos es necesario realizar procedimientos diagnósticos que proporcionan información útil sobre la condición que afecta a los pacientes. En el proceso seguimiento puede ser necesario repetir estos procedimientos de vez de cuando dependiendo de la severidad de la condición. Estos incluyen las pruebas de función pulmonar y las pruebas de alergia en la piel.
4. Si el paciente necesita inmunoterapia después de la verificación del seguro, la oficina mandara la cuenta a la compañía de seguros y el paciente es responsable de la cantidad que la compañía de seguros no paga, (o la porción que es fijada al paciente por la compañía de seguros.)
5. Si su compañía de seguros no paga debido a exclusión de la condición previamente existente o a la terminación de la póliza de seguro, usted será responsable de los cobros incurridos.
6. Si su seguro requiere una referencia usted debe tener una referencia para ver el doctor. EL DOCTOR NO VERA A LOS PACIENTES SIN UNA REMISION.
7. NO MANDAMOS LA CUENTA A NINGUN SEGURO SECUNDARIO, por lo tanto cualquier porción de coaseguro se espera a la hora de la visita y le se espera que archive su propio seguro secundario.

Si es necesario que la cuenta sea dado a una agencia de colección para el pleito, todos los costos, incluyendo honorarios del abogado y de corte serán pagados por el paciente. Entiendo que un tipo de interés de 1.5% por mes se puede cargar en cualquier equilibrio sin pagar.

Autorizo y pido que el pago de mi compañía de seguros se haga al Dr. Roberto García, MD, PA.

Firma de Paciente _____ Fecha _____

Autorizo cualquier entidad que tenga información médica o otra información sobre mí a dar a la administración de Seguro Social y de la administración financiamiento del cuidado médico (HCFA) o a sus intermediarios o portadores cualquier información necesaria para esta colero una relacionada demanda de Medicare.

Doy permiso para que una copia de esta autorización sea utilizada en lugar de la original, y el pago de la petición de seguro médico me pague a mí o la entidad que acepta la asignación de los pagos. Entiendo que es obligatorio notificar al proveedor de cualquier otra entidad que puede ser responsable de pagar mi tratamiento.

(La sección 1128B del acto y de 31 USC 3801-3812 de la Seguridad Social proporciona las multas por retener esta información.) Las regulaciones referente a la asignación de pagos de Medicare también se aplican.

Firma de Paciente _____ Fecha _____

Roberto Garcia, M.D., P.A.

Diplomado de la Junta Americana de Alergia, Asma e Inmunología

DIVULGACION DE INFORMACION DEL PACIENTE

En general, la regla de privacidad HIPAA da a los individuos el derecho de solicitar una restricción de uso y divulgación de su información de salud protegida (PHI). Los individuos también proporcionaron el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales o que una comunicación del PHI hacerse por medios alternativos, como el envío de correspondencia a la oficina de la persona en lugar del hogar del individuo.

Deseo ser contactado de la siguiente manera:

Por favor seleccione su número de teléfono preferido:

- Teléfono de Casa _____
- Teléfono Celular _____ Comunicación escrita a través de USPS
- Teléfono de Trabajo _____ Vía correo a la dirección de mi casa
- ___ Deja solo el número de devolución Enviar por correo al trabajo / oficina
- ___ Deja mensaje detallado Otro _____
- ___ Deja mensaje con número de devolución
- Puede contactar a miembro de familia, Esposo/a, Compañero, Amigo (Nombre)
- _____

La regla de privacidad en general requiere profesionales de la salud a tomar medidas razonables para limitar el uso o divulgación de, y solicitud de HI al mínimo necesario para lograr el propósito deseado. Estas disposiciones no se aplican a los usos o divulgación realizados en virtud de una autorización solicitada por el individuo.

Entidades de salud deben llevar un registro de las divulgaciones de PHI. La información proporcionada en esta hoja, si completó correctamente constituirá un registro adecuado.

10940 Sheldon Rd Tampa, FL 33626 • PHONE (813) 926-4058 • FAX (813) 926-9872

508 S. Habana Ave Ste 210 Tampa, FL 33609 • PHONE (813) 873-9010 • FAX (813) 926-9872

21756 State Rd 54 Ste 102 Lutz, FL 33549 • PHONE (813) 948-0081 • FAX (813) 926-9872

Roberto Garcia, M.D., P.A.

Diplomado de la Junta Americana de Alergia, Asma e Inmunología

DIRECTRICES PARA EL CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO EN LA OFICINA

Durante su curso de tratamiento, el Dr. Roberto García hará algunas recomendaciones para su asma y/o enfermedad alérgica.

Estas directrices incluirán orientación médica, tratamiento, recetas, recomendaciones ambientales, manteniendo la práctica informada de los cambios o cancelaciones de los medicamentos y manteniendo las citas.

Recomendaciones ambientales pueden incluir forrar colchones y almohadas y mantener los niveles de humedad menos de 50% en su hogar.

Solicitudes de medicamentos no serán rellenos si usted no ha tenido una cita en la oficina hace 3 meses.

El incumplimiento de la medicación y de no presentarse a las citas puede resultar en una carta de despido de la práctica.

Acepto las directrices y el tratamiento médico.

Paciente:

Firma

Fecha

Padre/ Guardián

Firma

Fecha