

Para los siguientes seguros, por favor, rellene este formulario:

AETNA

AMERIGROUP

ANTHEM BCBS

CAREFIRST BCBS

CIGNA

CORESOURCE

COVENTRY HEALTH

GEHA

GOLDEN RULE

GREAT WEST

GUARDIAN LIFE INSURANCE

MD MEDICAL ASSISTANCE

MAMSI

Maryland Physicians Care

MEDICARE

NCAS

NCPPO

ONE NET PPO LLC

PHCS

PRINCIPAL LIFE INSURANCE

PRIORITY PARTNERS

TRICARE

UNITED HEALTH CARE PPO, Choice Plus options

UNICARE

UMR

Bienvenidos!

El Proveedor Primario Del Cuidado (fenciclidina) Selección/Selección de Seguro:

Si esta matriculado en un plan de seguro que requiere usted seleccionar un doctor primario, y usted quiere que seamos su proveedor primario, es su responsabilidad de asegurarse de que usted nos seleccione. Nosotros no podremos asistirle para una visita de oficina si nosotros no somos su proveedor primario. Si usted tiene alguna pregunta, porfavor de preguntar a la recepcionista. Es su responsabilidad de saber sus beneficios de póliza de seguros.

Formas:

Para completar cualquier forma como (la escuela, atlético, servicio de guardería infantil de trabajo, fomenta, etc.). Necesita ser una cita con su medico primario del cuidado.

Pago:

Para su conveniencia aceptamos Visa, Mastercard y cheques personales. No aceptamos American Express, ni discovery. Atencion, se les cobrara \$35 por cada cheque regresado.

Co-pago:

Su copago debe de ser pagado ANTES QUE vea al médico. Nosotros no mandamus facturas para cobrar copagos.

Pacientes sin seguro:


Los pacientes sin seguro debe de pagar la deuda entera en el momento de servicio. Puede pagar con dinero efectivo, tarjetas de crédito, la tarjetas de débito, cheques o giro postal.

Citas:

Citas perdidas: Requerimos un aviso de 24 horas para toda la cancelación.

Tardancia : Si llega mas de 15 minutos tarde a su cita, será considerado como un walk-in. A discreción de la administración se le puede poner en el calendario sin ninguna garantía de qué hora va a ser visto ese día.

Nosotros les **Agradecemos** por escoger a Med-Ped Health Care, LLC para ofrecerle asistencia médica completa; queremos garantizar y proporcionar atención profesional. Por favor, nos dejan con un número de teléfono al que puede llamar a, tanto de día como de noche, si lo desea.



El paciente o cría firma legal de guardián

Fecha

Información Personal y Seguros

Información paciente:

Apellido _____ Primer nombre _____ Sn _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Sexo (M/F): _____ Estatus: __ Soltero(a) __ Casado(a) __ Divorciado(a) __ Viud(a)

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Social: ____/____/____

Teléfono de casa: ____/____/____ **Teléfono celular:** ____/____/____

Correo electrónico: _____ **Teléfono de trabajo:** ____/____/____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono de emergencia: ____/____/____

Cobertura primaria:

Compañía: _____

Nombre asegurado: _____

Relación: _____ FDN: _____

Cantidad de co-pago: _____

Número de póliza: _____

Número de grupo: _____

Empleador: _____

Cobertura secundaria:

Compañía: _____

Nombre asegurado: _____

Relación: _____ FDN: _____

Cantidad de co-pago: _____

Número de póliza: _____

Número de grupo: _____

Empleador: _____

Información de garante:

El nombre del Partido de Garante/Responsable: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono: ____/____/____ Misceláneo: _____

Sexo (M/F): _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Teléfono de casa: ____/____/____ Teléfono celular: ____/____/____

Empleador: _____ Teléfono de trabajo: ____/____/____

Cuestionario Sobre La Historia De Salud Del Paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

¿Tiene alguna alergia o ha tenido alguna reacción a algún medicamento? Si__No__

Porfavor liste los medicamentos y reacciones: _____

¿Tiene un testamento de vida? Si_____ No_____

Por favor escriba todos los medicamentos que está tomando actualmente

Nombre de la medicina	Cantidad (Dosis)	Cuánto Tiempo	Nombre del médico	Por qué razón

Estado de vacunación:

Ha tenido la vacuna contra la influenza o la vacuna Pneumovax? Si_____ No_____ Cuando?_____

Cuando se vacuno contra el tétanos por última vez / refuerzo? _____

Otras vacunas? En caso afirmativo, ¿Qué vacuna y cuándo? _____

Revisar el Historial Medico ¿Ha tenido o tiene actualmente: Tienes historia familiar: Relacion

Tiene __Tenia__ Nunca__ Diabetes (azucar) SI__ NO__ _____

Tiene __Tenia__ Nunca__ Glaucoma SI__ NO__ _____

Tiene __Tenia__ Nunca__ Sangrado o enfermedad SI__ NO__ _____

Tiene __Tenia__ Nunca__ Asma o fiebre del heno SI__ NO__ _____

Tiene __Tenia__ Nunca__ Presion arterial alta o un derrame cerebral SI__ NO__ _____

Tiene __Tenia__ Nunca__ Ataques al Corazon o dolor en el pecho SI__ NO__ _____

Tiene __Tenia__ Nunca__ Convulsiones o perdida de conocimiento SI__ NO__ _____

Tiene __Tenia__ Nunca__ La depresion, el suicidio, enfermedad mental SI__ NO__ _____

Tiene __Tenia__ Nunca__ Cancer (que tipo) SI__ NO__ _____

Tiene __Tenia__ Nunca__ Ulceras, sangrado estomacal o intestinal SI__ NO__ _____

Tiene __Tenia__ Nunca__ Problema de peso: Sobre__ Bajo__ SI__ NO__ _____

Tiene __Tenia__ Nunca__ Soplo cardiac, fiebre reumatica SI__ NO__ _____

Tiene __Tenia__ Nunca__ El tratamiento con cortisona SI__ NO__ _____

Tiene __Tenia__ Nunca__ Enojado/intercambios emocionales o abusiva SI__ NO__ _____

con su esposo/a

Tiene __Tenia__ Nunca__ Ninos con problemas especiales o dificultades SI__ NO__ _____

para llevarse bien con la familia o amigos

Tiene antecedentes familiars de: El abuso de drogas SI__ NO__ _____

Alcoholism SI__ NO__ _____

Autorización Para Pago De Reclamos Y Comentarios

- 1. Asignaciones y Coordinación de Beneficios del Seguro:** Autorizo Med -Ped Health Care, LLC, para aplicar los beneficios en mi nombre por los servicios prestados por Med -Ped Health Care, LLC . También estoy de acuerdo en proporcionar información sobre todas las hospitalizaciones grupo, organización de mantenimiento de salud , Compensación de Trabajadores , automóvil, y otros beneficios para el cuidado de la salud (" Plan de Seguros (s)") a la que pueda tener derecho . Por la presente asigno el pago (s), si los hubiere, de mi Plan (s) Seguro de Med -Ped Health Care, LLC (o su filial) y cada uno de los médicos independientes del contratista y / o corporaciones profesionales por servicios prestados a mí. El pago directo por la presente asignada y autorizada incluye cualquier plan (s) Seguro beneficios a los que tengo derecho por lo demás , incluidos los principales beneficios médicos de otro modo pagadero a mí en los términos de mi póliza , pero no debe exceder el saldo adeudado a la Med- Ped Health Care, LLC (o su filial) , los médicos independientes del contratista y / o corporaciones profesionales por los servicios prestados a mí durante los períodos de aplicación de la atención médica.
- 2. No autorizada, no cubiertos, o Fuera de Servicios del Plan de:** Entiendo que si mi plan (s) de Seguros no tiene en cuenta ningún servicio prestado durante el servicio de visita cubierta o no ha autorizado este servicio, no van a pagar por esta visita o los servicios prestados durante la visita o cualquier servicio si se determina por mi plan de seguro (s) a ser un servicio no cubierto. También entiendo y reconozco que en el caso de Fuera de los servicios de Red / plan, no se puede reducir beneficios y puede ser obligado a pagar un co-pago más grande, deducible, coaseguro o otro cargo. En el caso de que mi plan (s) de Seguros no reembolsa estos servicios prestados a mí, reconozco yo seré responsable por cualquier saldo restante.
- 3. Para los beneficiarios de Medicare solamente:** Solicito que el pago de los beneficios autorizados por Medicare ser echo en mi nombre a Med-Ped Health Care, LLC por los servicios prestados a mí por ese médico. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí para liberar al Centro de Servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. En el caso de los beneficios de la Parte B de Medicare, solicito el pago ya sea para mí o para la parte que acepta la asignación.

Al firmar a continuación, certifico que he leído y comprendido lo anterior, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que les respondió y aceptar las condiciones y términos anteriores y estoy de acuerdo en pagar todos los cargos por los que yo pueda ser legalmente responsable, incluyendo pero no limitado a los deducibles del seguro de salud, co-pagos, y servicios no cubiertos. También estoy de acuerdo en el caso de que mi cuenta debe ser colocado con una agencia de cobro para obtener el pago, pagaré los gastos de recaudación razonables del 45% incurridos por Med-Ped Cuidado de la Salud. Entiendo y acepto que este documento permanecerá en vigor para todos los pacientes ambulatorios o médico futuras visitas a Med-Ped menos rescindido por escrito por mí.

➔ Firma Del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre Del Paciente: _____

Si Representante, Imprimir Nombre y Relación con el paciente:

Cómo Se Enteró De Med-Ped Health Care?

La Internet

Búsqueda en la Web (Google, Bing, Yahoo, etc.)

Palabras clave utilizadas en la búsqueda: _____

Servicios de localización (Foursquare, Yelp, Google Maps, etc.)

Publicidad Online (Diamondback, UMD apps, YP.com, etc.)

Medios de Comunicación Social (Twitter, Facebook, YouTube, etc.)

www.ZocDoc.com

Palabra De Boca

Miembro Familiar

Amigo

Referido por otro doctor _____

Otros

Señalización Exterior

_____ Compañía Aseguradora

_____ Hospital

Aparte de todo lo anterior, por favor describa abajo: