

Harvest Pediatrics

Cuidado comprensivo de salud para Infantes, Niños y Adolescentes

Poliza de Oficina, Pagos y Aseguranza

“Apreciamos la oportunidad de servirle a usted y esperamos proveerle el mejor cuidado medico.”
Medicos y Personal de Harvest Pediatrics

Poliza de Pago: _____ Iniciales Por favor

Es nuestra poliza de requerir pago de todos los cargos a la hora de servicio, a menos de que se hagan arreglos especiales. Cuentas con mas de 30 dias se les cobraran 1.5% por mes, o 18% por ano. En cualquier acontecimiento que un balance de cuenta no sea pagado a lo acordado, el suscrito acuerda a pagar todos los costos cobrados por la compania de coleccion, los costos exciden de 20% al balance no pagado, incluye cobros razonables de abogado.

Poliza de Aseguranza: _____ Iniciales Por favor

Su aseguranza puede proveer para usted un reembolso en cobros medicos aceptados. De cortesia hacia usted, estariamos contentos de someter a algunos portadores, si usted nos a proveido con el numero de poliza, direccion, lugar de empleo, o cualquier otra informacion pertinente. Usted es responsable por deductibles y cargos no cubiertos por su aseguranza. Porfavor de entender que como tercer partido no podemos implicarnos en negociaciones de aseguranza prolongadas. Esta es su responsabilidad.

Autorizacion de Liberacion de Informacion Medica: _____ Iniciales Por favor

Yo, autorizo al medico que libere cualquier informacion medica, incluyendo diagnosticos, rayos-x, resultados de pruebas, reportes y informes pertenientes a cualquier tratamiento o examinacion dada a mi hijo/a. Yo entiendo que esta informacion medica puede ser usada para referencias por diagnosticos/especialistas, aseguranzas o para intenciones legales. Yo entiendo que cualquier persona recibiendo esta informacion medica obtenida por esta autorizacion a otra persona o organizacion sin mas autorizacion firmada por mi para liberar mas informacion.

Poliza de tardanza: _____ Iniciales Por favor

Para que su medico pueda proveer el mayor cuidado posible, es importante estar a tiempo a sus citas. Por lo tanto si esta mas de 10 minutos tarde para una cita, porfavor de prepararse para cambiar su cita

Registro de Vacunas: _____ Iniciales Por favor

Porfavor de traer tarjeta de vacunas con usted para toda cita de examinacion medica.

Relleno de Recetas: _____ Iniciales Por favor

Porfavor consentir 48 horas para todo relleno de recetas.

Cobros Por no Asistir: _____ Iniciales Por favor

Un cobro de \$25 se le cobrara al no asistir o no cancelar una cita con 24 horas de anticipacion. Tres(3) citas no asistidas sera sujeto a despedir a su familia de la practica.

Firma

Fecha

Letra de Molde Porfavor