

IMS Cardiology
Hoja de Registro para Nuevos Pacientes

MRN: _____

Datos Personales

Nombre del paciente: _____ Inicial : _____ Apellido: _____

Domicilio: _____
Calle Ciudad/Estado/Zona Postal

Teléfono de hogar: (____) _____ - _____ Teléfono móvil : (____) _____ - _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

| | | | | |
|---------------------|---------------------|----------------|----------------------|----------------|
| <u>Raza:</u> | <u>Etnicidad:</u> | <u>Género:</u> | <u>Estado civil:</u> | <u>Idioma:</u> |
| Blanco | Hispano/Latino | F | S C | Inglés |
| Asiático | No-Hispano o Latino | M | V D | Español |
| Indígena Americano | Declinar | | | Otro: _____ |
| Nativo de Alaska | Desconocido | | | |
| Negro/Afroamericano | | | | |
| Declinar | | | | |
| Desconocido | | | | |

Datos del Responsable Financiero

Nombre del responsable financiero: _____ Relación al paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Correo electrónico _____

Datos del Seguro Medico

Seguro Primario: _____ Dirección: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación al paciente: _____

Seguro Secundario: _____ Dirección: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación al paciente: _____

Motivo de su Consulta

Razón principal por la consulta de hoy: _____

¿Recibió tratamiento en una sala de urgencias o` hospital?: SI NO ¿encuál? _____

IMS Cardiology
Hoja de Registro para Nuevos Pacientes

MRN: _____

Historia Médica

| | | | | |
|-------------------------------|--|--|---------------------------------|--|
| | | | | |
| Anemia | | | Enfermedad Cardíaca | |
| Artritis | | | Hepatitis | |
| Asma | | | Hernia | |
| Trastorno Genético/nacimiento | | | VIH/SIDA | |
| Vejiga/problemas urinarios | | | Hipertensión | |
| Coágulos sanguíneos | | | Síndrome de intestino irritable | |
| Fracturas | | | Enfermedad Hepática | |
| Cáncer | | | Lupus | |
| Dolor de pecho | | | Enfermedad de Lyme | |
| Colitis | | | Próstata | |
| EPOC | | | Convulsión | |
| Depresión | | | Trastorno de la piel | |
| Diabetes | | | Trastorno del sueño | |
| Enfisema | | | Úlcera de estómago | |
| Epilepsia | | | Apoplejía | |
| Fibromialgia | | | Tuberculosis | |
| Bocio | | | Enfermedad tiroidea | |
| Dolores de cabeza | | | Fiebre del Valle | |
| Discapacidad auditiva | | | Deficiencias de la vista | |
| Infarto Cardíaco | | | Aumento/Pérdida de peso | |

Historia Familiar

| | Padre | Madre | Abuelo(a) |
|-------------------------------|-------|-------|-----------|
| Alzheimer | | | |
| Artritis | | | |
| Asma | | | |
| Coágulos sanguíneos | | | |
| Cáncer | | | |
| EPOC | | | |
| Depresión | | | |
| Diabetes | | | |
| Epilepsia | | | |
| Trastorno Genético/nacimiento | | | |
| Trastorno GI | | | |
| Infarto Cardíaco | | | |
| Hipertensión | | | |
| Enfermedad Hepática | | | |
| Migraña | | | |
| Convulsión | | | |
| Apoplejía | | | |
| Otro | | | |

IMS Cardiology
Hoja de Registro para Nuevos Pacientes



MRN: _____

Cirugías Anteriores

| Cirugia | S | N | Año |
|-----------------------------------|---|---|-----|
| Apendicetomía | | | |
| Reparación de Fractura | | | |
| Biopsia de Seno | | | |
| Cirugía del Colon | | | |
| Extirpación del Colon | | | |
| Dilatación y Legrado | | | |
| Fistula | | | |
| Cirugía de pie | | | |
| Extirpación de la vesícula biliar | | | |
| Injerto de derivación coronaria | | | |
| Reemplazo de válvula cardiaca | | | |
| Reparación de hernia | | | |
| Cirugía de cadera | | | |
| Histerectomía | | | |
| Cirugía de rodilla | | | |
| Mastectomía | | | |
| Extirpación de la próstata | | | |
| Injerto de piel | | | |
| Extirpación del bazo | | | |
| Amigdalotomía | | | |
| Desbridamiento de la herida | | | |
| Otras Cirugías | | | |

Historia Social

| | | | | | | |
|--------------------|--|-------------|--|---------------|--|-------|
| ¿Bebe alcohol?: | | FRECUENTE | | SOCIAL | | NUNCA |
| ¿Consume Tabaco?: | | ACTUALMENTE | | ANTERIORMENTE | | NUNCA |
| Tipo de Tabaco | | Cigarrillos | | Cigarros | | Otro |
| Consumo de caféina | | FRECUENTE | | SOCIAL | | NUNCA |

Alergia

No se conoce ninguna alergia a:

Por favor indique alergias alimenticias: _____

Por favor indique alergia a mascotas/animales:

Por favor indique alergia a medicamentos/fármacos: _____

Farmacia de Preferencia

Nombre de la farmacia: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Zona Postal: _____

Farmacia de pedidos por correo: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Zona Postal: _____

IMS Cardiology
Hoja de Registro para Nuevos Pacientes

MRN: _____

Autorización para solicitar y divulgar información de salud

Autorizo IMS Cardiology a revelar la información indicada de mis registros

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Información solicitada al doctor primario o' hospital

| | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| consultas | resumen de alta |
| reportes de la sala de emergencia | reportes de cateterización |
| historia y física | reportes operativos |
| rayos X | pruebas cardiacas |

Otro: _____

PROPÓSITO DE SOLICITAR ATENCIÓN MÉDICA

Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se ha tomado esa acción basado en la autorización

Entiendo que , si la información es revelada a un tercero , la información puede no estar protegida por la regulación estatal o federal y puede ser revelada por la persona o organización que recibe la información

Libero a los miembros del personal médico y socios de negocios de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en el presente document

Nombre: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Autorización para fracturar/pagar: Autorizo a IMS y a sus afiliadas a divulgar cualquier información que se requiera en el transcurso de mi examinación o tratamiento que pudiera incluir VIH, enfermedades contagiosas, o información sobre el abuso de drogas. Asimismo autorizo el pago directo a la oficina administrativa de IMS y sus afiliados por beneficios para servicios quirúrgicos y de salud, de haberlos, que de otra manera fuesen pagaderos a mi favor por servicios prestados. Entiendo que yo soy el responsable financiero por todo cargo no cubierto por mi seguro. Asimismo comprendo que soy responsable por todo cargo incurrido en la cobranza de mi(s) cuenta(s) por la consulta/servicios de hoy, y todas las consultas/servicios futuros con IMS. También seré responsable de los cargos incurridos si mi cuenta(s) fuese trasladada a una agencia de cobro externa. Se acumularan cargos financieras después de 90 días en cualquier saldo impagado que sea responsabilidad del paciente.

Firma del Paciente o guardián

Nombre del paciente

Fecha

Integrated Medical Services, Inc.
HIPAA AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DISTRIBUIR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE
USTED Y CÓMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA ESTA
INFORMACIÓN CON DETENIMIENTO.**

Integrated Medical Services, Inc. (“IMS”) se a comprometido a proteger la confidencialidad de la información médica de sus pacientes. Este Aviso de Practica sobre Privacidad describe la forma en que podemos utilizar y divulgar su información médica y sus derechos con respecto a su información médica.

COMO UTILIZAREMOS Y DISTRIBUIREMOS SU INFORMACIÓN DE SALUD

Podemos utilizar o distribuir su información médica sin su autorización para los siguientes propósitos:

Tratamiento: Usaremos y enseñaremos su información médica para proporcionar, coordinar o dirigir su cuidado de salud y servicios relacionados, e incluyendo la coordinación o dirección de su cuidado de salud con otros partidos. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica, si es necesario, a una agencia de salud al hogar que le brinde servicios o a un médico a quien se le ha referido para asegurar que el médico pueda contar la información necesaria para diagnosticar y tratarle.

Pago: Su información médica se utilizara o se distribuirá, según sea necesario, para obtener pago por los servicios médicos que se la han brindado. Por ejemplo, podemos cobrarle a su plan de salud por el costo de los servicios que se le han brindado. También podemos comunicarnos con su plan médico para investigar si se autorizará el pago para sus servicios, para evaluar el monto de su copago (el pago de su bolsillo) u obtener aprobación para ingreso al hospital.

Gestión de Servicios Médicos: Podemos utilizar o divulgar su información médica, según sea necesario, con el fin de apoyar las actividades de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, entrenamiento y educación, actividades de evaluación de calidad, gestión de riesgos, gestión de reclamos, consulta legal, evaluación de médico y empleado, licenciatura, estudios reglamentarios y otras actividades relacionadas a planificación de negocios. Además, podemos utilizar una hoja en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre y nos indique el de su médico. También podemos llamarle por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para su consulta.

Citas y Servicios Médicos: Podemos utilizar su información médica para comunicarnos con usted para recordarle de su próxima cita, para informarle sobre sus opciones de tratamiento o alternativas, o hablar de servicios médicos que le podemos ofrecer.

Familia y Amigos: Podemos divulgar su información médica a un familiar o amigo que esté legalmente interesado en su atención médica o a alguien que ayuda a pagar su cuidado médico. Si no quiere que su información médica se disponible a miembros de la familia u otros interesados en su cuidado médico, por favor comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad.

Asociados: Contratamos con partidos terceros, conocidas como asociados. Estos asociados ofrecen servicios a o desempeñan servicios en nombre de nosotros, tal como nuestros contadores, consultores y abogados. Podemos divulgar su información médica a nuestros asociados ya que estén de acuerdo por escrito a asegurar su información médica, ya que también a nuestros asociados se les requiere por ley asegurar la privacidad de su información médica.

Requerido por la Ley: Divulgaremos su información médica cuando se nos obligue a hacerlo por ley federal, estatal o local.

Actividades de Salud Pública: Podemos utilizar su información médica para actividades de salud pública tales como informes de nacimientos, muertes, enfermedades transmisibles, lesiones o discapacidades y para la seguridad de medicamentos y dispositivos médicos.

Actividades de Supervisión de Salud: Podemos divulgar su información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades tales como las auditorías; investigaciones civiles, administrativas o penales, procedimientos o acciones judiciales; inspecciones; otorgamiento de licencias o acciones disciplinarias; u otras actividades necesarias para la supervisión adecuada autorizada por la ley.

Agencia de Administración de Alimentos y Drogas (Food and Drug Administration (FDA)): Podemos divulgar su información médica a una persona o empresa conforme a la FDA para reportar eventos adversos, defectos en el producto o problemas o desviaciones de productos biológicos; seguimiento de productos regulados por la FDA; para activar retiros de productos; para hacer reparaciones o reemplazos; para llevar a cabo información de vigilancia después de la comercialización o para otros fines relacionados a la calidad, seguridad o eficacia de un producto o actividad regulada por la FDA.

Agencias de La Ley: Podemos divulgar su información médica a agencias de la ley en circunstancias limitadas, como para identificar o localizar a sospechosos, fugitivos, testigos o víctimas de un delito, para reportar muertes a causa de crimen, crimen en nuestras instalaciones o en situaciones de tratamiento de emergencia.

Judiciales y procedimientos administrativos: Podemos divulgar información sobre usted en respuesta a una orden de corte o tribunal administrativo según la autorización de tal orden. También podemos divulgar información sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal que no sea acompañado por una orden de corte o tribunal administrativo, bajo ciertas circunstancias permitidas por la ley.

Para Evitar Una Amenaza Grave a la Salud o Seguridad: Podemos utilizar o divulgar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. También podemos divulgar información sobre usted si es necesario para que las autoridades puedan identificar o detener a un individuo.

Los Esfuerzos de Alivio de Desastre: Podemos utilizar o divulgar su información médica a una entidad pública o privada autorizada para ayudar a los damnificados del desastre. Puede que tenga la oportunidad de oponerse, al menos que su oposición nos impida a responder a las circunstancias de emergencias.

Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias: podemos divulgar información médica conforme a la ley aplicable a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias para ayudarles a llevar a cabo sus deberes.

Donación de Organos y Tejidos: Podemos divulgar información de salud conforme a las leyes aplicables a las organizaciones que manejan las donaciones de órganos, ojos o tejidos, órganos o el trasplante.

Recaudación de Fondos: Podemos utilizar cierta información para comunicarnos con usted como parte de nuestros esfuerzos de recaudación de fondos. Si usted recibe una comunicación de nosotros, se dará la oportunidad de optar a recibir dichas comunicaciones en el futuro.

Compensación de Trabajadores (Workers' Compensation): Podemos divulgar su información médica según la autorización para cumplir con las leyes de compensación a los trabajadores y otros programas similares establecidos por la ley.

Militares, Veteranos, Seguridad Nacional y Otros Propósitos Gubernamentales: Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información médica como se requiere por las autoridades de comando militar o con el Departamento de Asuntos de Veteranos (Department of Veterans Affairs). También podemos divulgar información médica a funcionarios federales autorizados de inteligencia y seguridad nacional.

Las Instituciones Correccionales: Si usted está o se convierten en un recluso en una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos revelar a la institución u oficial de la ley la información necesaria para la prestación de servicios de salud para usted, su salud y seguridad, la salud y la seguridad de otras personas y oficiales de la ley en las instalaciones de la institución y la administración y la seguridad y buen orden de la institución.

Víctimas de Abuso, Negligencia o Violencia Doméstica: Podemos divulgar su información médica a una autoridad gubernamental, como un servicio social o agencia de servicios de protección, si creemos razonablemente que usted es una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Investigación: Bajo ciertas circunstancias, podemos también usar y revelar información sobre usted para propósitos de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede tratarse de comparar la salud y la recuperación de todos los

pacientes que recibieron un medicamento a aquellos que recibieron otro para la misma condición. Todos los proyectos de investigación, sin embargo, están sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa un proyecto propuesto de investigación y el uso de información médica y equilibra las necesidades de investigación con la necesidad de los pacientes para la privacidad de su [información médica privada] PHI. Antes de utilizar o divulgar su [información médica privada] PHI para la investigación, el proyecto habrá sido aprobado a través de este proceso de aprobación de la investigación. Sin embargo, puede divulgar su [información médica privada] PHI a personas preparándose para llevar a cabo un proyecto de investigación, mientras revisan la [información médica privada] PHI no se nos quite la información. También podemos utilizar o divulgar su [información médica privada] PHI para comunicarnos con usted (o, en determinadas circunstancias, para permitir que una entidad de investigación con quien contratemos pueda contactarlo) sobre la posibilidad de inscribirse en un estudio de investigación.

Si no quiere que le comuniquemos la posibilidad de inscripción a un estudio de investigación (como se a descrito anteriormente), por favor marque sus iniciales aquí: ____

Otros Usos y Divulgacion: Si queremos usar o divulgar su información médica para un propósito que no se discutido en este aviso, necesitamos obtener su autorización. Ejemplos específicos de usos y divulgaciones de su información de salud que requieren su autorización incluyen: (i) la mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia (Notas privadas de un profesional de salud mental que se mantienen separadas de un expediente médico); (ii) la mayoría de usos y divulgaciones de su información médica a comercios; y (iii) las divulgaciones de su información de salud que se consideran la venta de su información médica. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento por escrito, excepto a la medida que hayamos tomado medidas confiando en el uso o la divulgación indicada en la autorización.

DERECHOS ACERCA DE SU INFORMACIÓN DE SALUD:

Aunque su información de salud es de nuestra propiedad, usted tiene el derecho a:

Solicitar acceso a su información de salud. Usted puede solicitar que le dejemos inspeccionar y/o copia de su información médica. Si mantenemos su información médica electrónicamente, puede obtener una copia electrónica de la información o pedirnos que la enviemos a una persona u organización que usted nos indique. Si usted solicita una copia (a papel o electrónica), podemos cobrarle costos razonables. Cualquier solicitud para acceder a su información de salud debe ser por escrito y enviado a nuestro oficial de privacidad.

Solicitar una restricción sobre el uso o divulgación de su información médica. Puede solicitar que no utilicemos o divulguemos cualquier parte de su información médica por razón particular relacionada a la administración de tratamiento, pagos o atención médica. Nosotros tomaremos en cuenta su solicitud, pero no se nos obliga legalmente a aceptar cualquier restricción que se solicite, excepto en la siguiente situación: Si usted ha pagado totalmente por servicios de su bolsillo, usted puede solicitar que no revelamos información relacionada únicamente a los servicios de su plan médico. Se nos obliga a cumplir con dicha solicitud, excepto donde se nos requiere por ley hacer la divulgación. Cualquier petición para una restricción debe ser por escrito y enviada a nuestro oficial de privacidad. Le avisaremos si no podemos complacerle.

Solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por otros medios o a domicilio alternativo. La solicitud debe ser por escrito y enviada a nuestro oficial de privacidad. Le avisaremos si no podemos complacerle.

Solicitar una enmienda a su información médica. Si usted cree que cualquier información en su expediente médico no es correcta, o si usted cree que falta información importante, usted puede solicitar que se corrija esa información o que se añada la información que falta. Dicha solicitud debe ser por escrito y enviada a nuestro oficial de privacidad. Le avisaremos si no podemos complacerle.

Solicitar una contabilidad de ciertas revelaciones. Usted tiene derecho a solicitar una lista de ciertas revelaciones que hayamos hecho de su información médica. Cualquier solicitud de una contabilidad debe ser por escrito y enviado a nuestro oficial de privacidad. La primera lista en cualquier período de 12 meses se le proporcionará gratuitamente, pero le podemos cobrar por cualquier lista adicional solicitada durante el mismo periodo de 12 meses.

Recibir una copia impresa de esta Notificación. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de esta notificación cuando la solicite, incluso si usted acordó aceptar la Notificación electrónicamente.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Estamos obligados a (i) mantener la privacidad de su información médica según la ley; (ii) proporcionarle aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud y a respetar los términos de dicho aviso; y (iii) notificarle a usted después de una infracción en el mantenimiento de su información de salud que no esté asegurada conforme a ciertas normas de seguridad.

Reservamos el derecho a cambiar los términos de este aviso y hacer que las disposiciones en la nuevo aviso se apliquen a toda información médica que mantenemos. Si cambiamos los términos de este aviso, el aviso actualizado se hará disponible bajo solicitud y se publicara en nuestras localidades de práctica. Copia del aviso actualizado se puede obtenerse por medio de nuestro oficial de privacidad.

PREGUNTAS, PREOCUPACIONES O QUEJAS

Si usted tiene preguntas o desea más información acerca de este aviso o cómo ejercer sus derechos de privacidad, comuníquese con nuestro oficial de privacidad al 1-888-787-9845 o por correo a 9250 N. 3rd Street, Suite 4010, Phoenix, Arizona 85020.

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con nosotros o con la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios humanos (Secretary of the Department of Health and Human Services (HHS)). Para presentar una queja con nosotros, puede comunicarse con nuestro oficial de privacidad. Para presentar una queja con HHS, puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services), 200 independencia Av. S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington DC 20201 (OCRComplaint@hhs.gov). No tomaremos represalias contra usted por haber presentado una queja.

Fecha de Vigencia: 23 de septiembre de 2013

Su firma a en lo siguiente significa reconocimiento que usted ha leído y entendido este aviso.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo _____, por la presente autorizo que IMS divulgue o comunique cualquier y toda información referente a mi persona o mi expediente médico con las siguientes personas.

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Autorizo a IMS para que se comunique conmigo a:

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Podemos dejarle mensaje en maquina? Si No

Teléfono Celular: _____ Teléfono Alternativo: _____

Firma del Paciente _____

Fecha _____

Testigo



Acuerdo de Responsabilidad Financiera del Paciente

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Cuenta #:

Nosotros en Integrated Medical Services, Inc. ("IMS") estamos comprometidos a proporcionar una atención y un servicio de calidad a todos nuestros pacientes. Su comprensión de nuestras políticas financieras es importante para nuestra relación profesional. Por favor tome un momento para leer este documento para comprender plenamente su responsabilidad como paciente y firmar y fechar la parte inferior.

Información sobre el seguro: Usted es responsable de asegurarse de que tenemos en archivo toda la información del seguro actualizada, incluyendo tarjetas de seguro actuales. Si no se proporciona esta información de manera oportuna puede dar lugar a los cargos que se facturan a usted. Le pedimos actualizar y verificar su registro en cada visita.

Deducible del seguro, copagos y coseguro: Si usted no ha cumplido con el deducible de su plan de salud en la fecha de servicio, vamos a recoger una cantidad estimada para su deducible antes que lo atiendan. Tenga en cuenta que puede recibir una factura por cargos adicionales por los servicios prestados. Usted es responsable de cualquier co-pagos y co-seguros requeridos por su compañía de seguros en el momento del servicio. Los pagos recibidos en exceso de los cargos pueden ser aplicadas a los servicios subsiguientes.

Servicios no cubiertos: Haremos nuestro mejor esfuerzo para verificar la cobertura hasta que lo atiendan, pero en última instancia es su responsabilidad de garantizar el pago de su factura. Cualquier servicio que brindan nuestros proveedores que no está cubierto por su seguro es su responsabilidad. Es su responsabilidad conocer sus beneficios antes de ser visto. La verificación de las prestaciones y la cobertura del seguro no es una garantía de pago.

Referencias: Vamos a hacer todo lo posible para asegurar que tenemos en archivo una referencia válida para los servicios. Sin embargo, si su póliza de seguro requiere una referencia, usted es responsable de asegurarse de que hay una referencia válida y actual en el archivo antes de ser visto.

Pago por cuenta propia: Si usted no tiene seguro de salud, están en un plan que no tenemos contrato, o si no podemos verificar su cobertura en el momento del servicio, nosotros obtenemos un pago estimado antes que lo atiendan un proveedor. Puede haber cargos adicionales dependiendo de los servicios efectivamente prestados por los que puede recibir una factura.

Cheques devueltos: se cobra una tarifa de \$ 25.00 para los cheques devueltos.

Política de No Arribo: Si usted no puede asistir a su cita, los pedimos que cancelar su cita por lo menos 24 horas antes de que se pueden ver en nuestra oficina. Si no se cancela una cita de manera oportuna resultará en un cargo de No Arribo de \$ 25.00. Múltiples *No Arribo* pueden dar lugar a que el paciente sea despedido de IMS.

Menores: Para todos los servicios prestados a pacientes menores de edad, el padre, tutor o responsable que lleva al paciente a la cita es responsable de todos los pagos en el momento del servicio.

Cuentas morosas: Cargos adicionales, incluyendo los honorarios de recolección y cargos financieros, pueden ser añadidos a las cuentas atrasadas pendientes de pago. Tarifas de \$5 se acumulará cada vez que se genera un nuevo estado de cuenta después de que el primer estado de cuenta sea enviado y no se hayan efectuado ningún pago o solo un pago parcial. Su cuenta puede ser enviada a una agencia de cobro si el saldo tiene más de 90 días y no se hayan efectuado ningún pago o solo un pago parcial.

Contacto: Si usted tiene alguna pregunta con respecto a su cuenta, por favor póngase en contacto con la oficina de facturación IMS al (602) 633-3838

He leído las políticas financieras de IMS arriba descritas y acepto estar obligado por sus términos. También entiendo que IMS tiene el derecho de modificar estas políticas en cualquier momento.

Firma del Paciente o Parte Responsable: _____ Fecha: __

Nombre del Paciente: __

Nombre de la Parte Responsable: _____ Relación con el Paciente: __

Teléfono de la Parte Responsable: __