



Gracias por su preferencia!

Par servirle mejor necesitamos la siguiente informacion
Toda su informacion es confidencial

Fecha: _____

Nombre: _____ Num. de seguro social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Telefono-Casa: _____ Trabajo _____ Celular _____

Marque la casilla apropiada: () Menor () Soltero(a) () Casado(a) () Viudo(a) () Separado(a) () Divorciado(a)

Contacto en Emergencias: _____ # Telefono _____

INFORMACION DEL EMPLEADOR

Nombre de Empleado del pt. o padre/madre (si es menor): _____ Telefono: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Numero de (la) esposo(a) o padre(madre) (si es menor): _____ Empleador: _____ Telefono: _____

PARTE REPOSABLE

Nombre de la persona responsable de esta cuenta (si es diferente del paciente): _____

Relacion con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Telefono: _____ Celular: _____ Direccion (si es diferente a la del paciente): _____

Numero de licencia de conducir: _____ Estado: _____

Empleador: _____ Telefono: _____

INFORMACION DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento _____ Numero de seguro social: _____

Compania aseguradora: _____ Numero de identificacion: _____ Numero de grupo: _____

Relacion con el paciente: _____ Telefono del lugar donde labora: _____

Nombre del empleador: _____ Ocupacion _____

Fecha en que fue empleado(a): _____ direccion del empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____codigo Postal: _____

Direccion de la Compania aseguradora: _____

Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Cuanto es su deducible por ano? \$ _____ Cuanto ha ud. Contribuido a este deducible? \$ _____ Maximo beneficio anual? _____

Tiene ud. Seguro de gastos Medicos adicional () Si () NO

Si su respuesta fue (si) por favor complete la siguiente informacion.

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Compania aseguradora: _____ Numero de identificacion: _____ Numero de grupo: _____

Relacion con el paciente: _____ Telefono del lugar donde labora: _____

Nombre del empleador: _____ Ocupacion _____

Fecha en que fue empleado(a): _____ Direccion del empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Direccion de la compania aseguradora: _____ Telefono _____

Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal : _____

Deducible anual? \$: _____ Cuanto ha ud. Contribuido a este deducible? \$: _____ Maximo beneficio anual? \$: _____

Autorizacion de Uso y Diseminacion de Informacion Medica y Asignamiento de Beneficios de Gastos Medicos:

Yo autorizo el uso y diseminacion de cualquier informacion concerniente al cuidado de mi salud (o la de mi hijo(a)), asi como cuidados y tratamiento proveidos con el proposito de evaluar y administrar reclamos para el seguro de gastos medicos.

Yo autorizo al Dr. Ocatavio E. Guzman a aplicar los beneficios concernientes a los servicios proveidos por el, o bajo sus ordenes. Requiero que el pago de mi compania de Gastos Medicos se haga directamente al Dr. Octavio E. Guzman (o a la parte asignada). Permito que una copia de esta autorizacion sea usada en lugar del original. Esta autorizacion puede ser revocada ya sea por mi, o por mi compania de Gastos Medicos, en cualquier momento por escrito.

Certifico que la informacion que he proporcionado en relacion a mi cobertura de Gastos Medicos Es Correcta y es mi responsabilidad es informar a la oficina de cualquier cambio que se efectue en mi plan de Gastos Medicos.

Fecha: _____ Firma: _____

POLITICAS FINANCIERAS DE LA OFFICINA

Politica basica: El pago por el servicio prestado se debe cubrir por completo al tiempo de la visita medica.

Pacientes con Seguro de Gastos Medicos: Nosotros reclamamos el pago a las companias aseguradoras si la informacion adecuada nos es proveida. Tambien reclamamos el pago a la mayoria de las companias de Gastos Medicos Secundarias por ud. Los honorarios medicos y deducibles se deben cubrir por completo al tiempo que se provea el servicio medico. El arreglo con su compania de Gastos Medicos es privado, y nosotros no indagamos rutinamente porque una compania no ha pagado o porque pago menos de lo anticipado por los servicios medicos prestados. Si una compania de Gastos Medicos no ha pagado dentro de 60 dias de hacer el reclamo, los cargos por los servicios medicos prestados se vencen y deben ser cubiertos en su totalidad por ud.

Pacientes con Medicare: Nosotros reclamamos el pago a Medicare por ud. Tambien reclamamos el pago a las companias de gastos medicos secundarios por ud. Los honorarios medicos y deducibles se deben cubrir al tiempo que se provee el servicio medico.

He leido y comprendido y estoy de acuerdo con las politicas financieras de pago por honorarios medicos. Entiendo que soy responsable de cubrir los honorarios medicos si mi cuenta no ha sido cubierta en un tiempo razonable por mi compania de gastos Medicos.

Fecha: _____ Firma: _____

Dr. Octavio E. Guzman

6826 Springfield Avenue Suite 101*Laredo, TX 78041*(956)717-1775

Política de Cancelación/Política de No Arribo de Citas con el Médico

Entendemos que hay ocasiones en las que debe dejar de asistir a una cita debido a una emergencia u obligaciones de trabajo o con la familia. Sin embargo, cuando usted no llama para cancelar su cita puede impedir que otro paciente reciba el tratamiento que tanto necesita. Por el contrario, la situación puede surgir cuando otro paciente no cancele y nos sería imposible programarle a usted una visita debido a un libro de citas aparentemente “lleno”.

Comenzando el 1 de mayo de 2012, si una cita no se cancela al menos con 24 horas de antelación Octavio E Guzmán MD PA., se reserva el derecho de cobrarle 25.00 por cada cancelación tardía y por cada cita perdida. Esta cuota será su responsabilidad y no será cobrada a su seguro de gastos médicos.

Además de la cuota de 25.00 con cada cita perdida le avisaremos si usted ha perdido tres (3) o cuatro (4) citas para recordarle de nuestra política. Además nos reservamos el derecho de terminar nuestra relación con usted después de cinco (5) ocurrencias. **Recuerde que una buena atención médica y una relación positiva entre médico y paciente dependen de la consulta y el tratamiento coherente. Esto no puede lograrse con frecuentes citas perdidas.**

Entendemos que los retrasos pueden ocurrir, sin embargo debemos de tratar de mantener las citas de otros pacientes a tiempo.

Si un paciente llega más de 15 minutos tarde a su cita tendrá que ser re-programado para otra cita. No hay excepciones.

Para cancelar o reprogramar una cita favor de llamar a nuestra oficina durante horas de operación o deje un mensaje con nuestro servicio de voz **(956) 717-1775.**

Le damos las gracias por trabajar con nosotros, y así poderles ofrecer la mejor atención médica a nuestros pacientes.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha



6826 Springfield Avenue Suite 101*Laredo, TX 78041*(956)717-1775

Política de Medicamentos del Paciente

Con el fin de proporcionar los mejores cuidados médicos al paciente le pedimos que traigan todos sus medicamentos actuales, ya sean esas prescritas por el Dr. Guzmán, su médico de atención primaria, o los medicamentos de venta libre. No traer sus medicamentos con usted en el momento de su cita puede resultar en un retraso en el procesamiento de recetas.

Yo, _____ he leído y comprendido la política de medicamentos del paciente, entiendo que el no llevar mis medicamentos conmigo a la hora de mi cita puede resultar en un retraso en el procesamiento de mis recetas.
