

Responsabilidades Financieras del Paciente/ Notificacion HIPAA /Advertencias

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**I. Politica financiera** Esta es una declaracion de las politicas financieras de Estrella Gastroenterology (Estrella GI). Usted entiende que esta obligado a asegurarnos que todos los pagos se completen. Nosotros verificaremos su cobertura de seguro y le cobraremos a su compania aseguradora (aseguranza) por usted. Usted esta de acuerdo en pagar cualquier deducible, copago y/o co-aseguranza como lo determina su plan de seguros. Esos pagos se deben realizar al momento de que se presten los servicios. Algunas companias de seguros tienen requerimientos especiales o estipulaciones que pueden afectar su cobertura. Usted es responsable por cualquier cantidad no cubierta o pagada por su compania de seguros. Si su compania de seguros niega cualquier parte de la cuenta, usted accede a ser responsable de pagar la cuenta en su totalidad. El no pagar las cuentas completamente puede conllevar a que se le envie a una agencia de cobranzas o se le procese en una corte de reclamos financieros.

**II.No llegar a las citas / Politica de cancelacion** Estrella Gastroenterology (Estrella GI) requiere como minimo que nos notifique con **24 horas de anticipacion** de parte de los pacientes cuando se cancela o se reprograma una cita. Si el paciente no avisa antes de 24 horas que no asistira a la cita, resultara en una **multa de \$35 si se trata de una cita en la oficina y una multa de \$100 si se trata de una cita para un procedimiento**. Las multas se aplican por cada infraccion que ocurra. El pago debe hacerse de inmediato al recibir la notificacion. Nuestra oficina hace recordatorios por telefono de todas las citas cuando el tiempo lo permite. Sin embargo, es su responsabilidad de recordarse cuando son sus citas. Usted puede dejar un mensaje de cancelacion o solicitud de reprogramar una cita por via telefonica al **623-935-4056**, pero debe hacerse por lo menos 24 horas antes de la cita. Por favor ayudenos a mantener un buen servicio al ser eficientes.

**III. HIPAA (Ley federal de portabilidad y responsabilidad de los Seguros de Salud establecida en 1996)** Nosotros divulgamos su informacion de salud de forma confidencial para los siguientes propositos: tratamiento, pagos y operaciones de su seguro de salud). Si usted quiere enterarse de manera mas detallada de como se lleva eso cabo, por favor consultar nuestro *Informe de Privacidad*. Usted tiene derecho a revisar nuestra *Declaracion sobre practicas de privacidad* antes de firmar esta nota de permiso. Los terminos de nuestra *Declaracion sobre practicas de privacidad* puede cambiar con el tiempo. Usted puede obtener la forma mas actualizada contactando a nuestra oficina. Nosotros tambien haremos publica dicha declaracion en nuestra oficina. Usted tiene derecho a solicitarnos la forma en que usamos o divulgamos su informacion para propositos de tratamiento, pagos y operaciones de su seguro de salud. Nosotros nos reservamos el derecho de estar de acuerdo con dichas solicitudes, pero debemos cumplir con las solicitudes en si estamos de acuerdo. Usted tiene derecho de revocar este permiso por escrito, y la revocacion tomara efecto exceptuando cuando actuamos en concordancia con el permiso.

**IV. Opcion de pago directo (NO aseguranza)** Los pacientes sin aseguranza deberan pagar completamente por visitas a la oficina el mismo dia que el servicio es proveido. Los saldos por procedimientos deberan pagarse al menos 3 dias antes de la fecha del procedimiento. Si usted no puede pagar la cantidad completa debera comunicarse con la gerente de la oficina.

**Acuso de Recibo:** He leído y comprendido la politica financiera, de cancelaciones y ausencia a las citas explicadas en test documento. Estoy de acuerdo en pagar al proveedor de servicios de salud de manera rapida y completa cualquiera cantidad incluyendo co-pagos, deducibles y cantidades o servicios que no sean cubiertas por mi compania de seguros.

\_\_\_\_\_  
Patient or legally authorized *individual* signature

\_\_\_\_\_  
Date