



DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

NOMBRE DEL PACIENTE (EN LETRA DE IMPRENTA)
Patient Name (PLEASE PRINT)

FECHA DE NACIMIENTO
(DATE OF BIRTH)

Gracias por elegir Salem Sleep Medicine para su cuidado. Apreciamos la oportunidad de atender sus necesidades de atención médica y esperamos poder conocerle. Si tiene alguna pregunta o duda, no dude en comentarla con nuestro personal. Proporcionamos una atención sanitaria personalizada y de alta calidad de la manera más rentable. Este formulario se ha elaborado para explicar y aclarar nuestra política financiera. Por favor, lea atentamente y firme donde se indica. Su firma indica que ha leído y comprendido nuestras políticas y que respetará las condiciones. Agradecemos su colaboración.

Política de pago estándar:

Los copagos de las visitas al consultorio se deben pagar en el momento en que se prestan los servicios. Para su comodidad, aceptamos Visa, Mastercard, cheques y efectivo. Para los pacientes de Medicare, nuestra oficina acepta la asignación y presenta las reclamaciones a Medicare. Los pacientes de Medicare son responsables de cualquier co-seguro y deducible. Los pacientes de Medicare deben presentar su tarjeta de Medicare en el momento de la inscripción. Presentamos un seguro secundario para los pacientes de Medicare. Si usted es un paciente de HMO/PPO (atención administrada) de un plan en el que participamos, nuestra oficina ha acordado aceptar la lista de honorarios del plan y presentar la reclamación a su compañía de seguros. Los pacientes de HMO/PPO son responsables de los copagos y deducibles en el momento del servicio. Los pacientes de HMO/PPO deben presentar su tarjeta de seguro en el momento de la inscripción. Los pacientes de HMO/PPO son responsables de obtener un número de referencia de su médico de atención primaria.

Política de pagos:

Presentamos las reclamaciones de los seguros (incluido Medicare) de todos los pacientes. Le informamos los importes estimados de deducibles y coseguros para los estudios del sueño. Se le facturará el saldo pendiente una vez que el seguro haya pagado su parte.

Asignación de beneficios:

Todos los beneficios del seguro médico se pagan directamente a Salem Sleep Medicine, PC. Usted es responsable económicamente de todos los gastos, tanto si los paga el seguro como si no. Este formulario autoriza a Salem Sleep Medicine, PC a liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios.

Reclamaciones de seguros:

Hacemos todo lo posible para solicitar el reembolso del seguro de los servicios cubiertos. La presentación del seguro es un servicio que le proporcionamos; sin embargo, el seguro es un contrato entre usted y su compañía. Una vez que su compañía de seguros haya pagado, recibirá una factura por el saldo restante de la cuenta.

Esfuerzos de recaudación:

Trabajamos con usted para hacer los arreglos de pago. Si estos esfuerzos no dan como resultado la resolución de la cuenta, ésta puede ser remitida a una agencia de cobros y a la oficina de crédito local. Todos los gastos de cobro incurridos por nuestra oficina se cargan a su cuenta.

Citas perdidas o canceladas:

Si no se presenta a su cita o la cancela con menos de 24 horas de antelación, se le puede cobrar una tarifa de 50 dólares por "no presentarse".

HE LEÍDO Y ENTENDIDO LO ANTERIOR Y ESTOY DE ACUERDO EN CUMPLIR CON LAS POLÍTICAS FINANCIERAS DE SALEM SLEEP MEDICINE, P.C.

Firma del paciente (o de sus padres)
Signature of Patient (or parent)

Fecha:
(Date)



**PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO**

NOMBRE DEL PACIENTE (EN LETRA DE IMPRENTA)
Patient Name (PLEASE PRINT)

FECHA DE NACIMIENTO
(DATE OF BIRTH)

Entiendo que Salem Sleep Medicine, P.C. usará y divulgará información de salud sobre mí. Entiendo que la información sobre mi salud puede incluir información tanto creada como recibida por el consultorio, puede estar en forma de registros escritos o electrónicos o palabras habladas, y puede incluir información sobre mi salud, historia, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, prescripciones y tipos similares de información relacionada con la salud.

Entiendo y estoy de acuerdo en que Salem Sleep Medicine puede utilizar y divulgar mi información de salud con el fin de:

- Tomar decisiones sobre mi atención y tratamiento y planificarlos;
- Remitir a, consultar con, coordinar entre y gestionar junto con otros proveedores de atención médica para mi atención y tratamiento;
- Determinar mi derecho a la cobertura de un plan de salud o de un seguro, y presentar facturas, reclamaciones y otra información relacionada a las compañías de seguros o a otras personas que puedan ser responsables de pagar una parte o la totalidad de mi atención médica; y
- Llevar a cabo varias funciones de oficina, administrativas y comerciales que apoyan los esfuerzos de mi médico para proporcionarme, organizar y ser reembolsado por una atención médica de calidad y rentable, incluyendo la comunicación electrónica a través de correo electrónico seguro (encriptado) y el Portal del Paciente NextMD.

También entiendo que tengo el derecho de recibir y revisar una descripción escrita de cómo Salem Sleep Medicine manejará la información de salud sobre mí. Esta descripción escrita se conoce como Aviso de Prácticas de Privacidad y describe los usos y divulgaciones de la información de salud realizados y las prácticas de información seguidas por los empleados, médicos y otro personal de Salem Sleep Medicine, y mis derechos con respecto a mi información de salud.

Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad puede ser revisado de vez en cuando y que tengo derecho a recibir una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad revisado. También entiendo que una copia de un resumen de la versión más actual de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Salem Sleep Medicine en vigor se publicará en el área de recepción y estará disponible en el sitio web en salemssleepmedicine.com.

Entiendo que tengo derecho a pedir que no se utilice o divulgue parte o la totalidad de mi información médica en la forma descrita en el Aviso de Prácticas de Privacidad, y entiendo que Salem Sleep Medicine no está obligada por ley a aceptar tales solicitudes.

Al firmar a continuación, acepto que he revisado y comprendido la información anterior.

Por _____
(By)
(Firma del paciente o del representante legal)
(Signature of Patient or Legal Representative)

Fecha _____
(Date)