

# Hillsborough Pediatric & Adolescent Medicine, PLLC

## **Declaración de Principios del Consultorio sobre Confidencialidad y Finanzas**

Quisieramos dar y sostener el cuidado bueno para nuestras pacientes y familias. Por eso, favor de leer la declaración que sigue, y pregunte Ud. a nuestros empleados si no está claro.

1. Con cada visita, favor de hablar con la recepcionista y le da Ud. la tarjeta del seguro. Es posible que necesite Ud. firmar una copia de la tarjeta. El acto de dar la tarjeta también da permiso para enviar la cuenta a la empresa de seguro. Si su información sobre la empresa no es correcta, tendrá la responsabilidad de pagar el cuenta, y dar la información a la empresa correcta.
2. La empresa de seguro manda que Ud. tenga la responsabilidad para todo de los copagos, balanza de pagos y descuentos; se necesite pagar ellos cuando tenga su visita.
3. Es la responsabilidad del paciente o familia para leer y comprender su póliza de seguros. Así, cualquier servicio médico que no esté cubierto por su póliza será su responsabilidad.
4. Si Ud. no tenga una póliza de seguros o no participe en este consultorio con su póliza, se necesite Ud. pagar la cuenta totalmente al mismo tiempo de su visita.
5. Se necesite llamar 24 horas antes de una cita para cancelar la cita. Si no llame para cancelar, será un pago de \$25.
6. Se necesite pagar un pago de \$25, además del pago del banco, por cada cheque de fondos insuficientes.
7. Hay un pago de \$10 para copiar o enviar los registros médicos.
8. Podemos escribir, gratis, las formas de escuela, de deportes o del campamento de verano, cuando tenga el examen. Pero, hay un pago de \$10 si no tenga la forma al mismo tiempo de su examen.
9. Para dar lo mejor cuidado a nuestras familias, prestamos servicio de contestar el teléfono cuando el consultorio no está abierto, con una enfermera quien está disponible para discutir situaciones de emergencias. Será un pago de \$15 para todos de las llamadas en que habló Ud. con la enfermera de emergencia.
10. No presentamos las formas al seguro secundario o seguro afuera de la red. Si tenga seguro secundario o seguro afuera de la red, le damos el recibo para enviar al seguro.
11. Favor de llamar a 919-442-2419 con preguntas sobre su cuenta.
12. Favor de llamar con nuestra enfermera sobre recambios de medicinas, una semana antes necesitará su medicina. Lleve Ud. 3 días para completar su receta.
13. Si se necesite contactar nuestro consultorio después de las horas de operación, favor de llamar nuestro número de teléfono, para hablar con la enfermera de emergencia o dejar un mensaje.
14. Favor de leer la forma de notificación de confidencialidad. Con su firma, estará de acuerdo en que comprende Ud. nuestra práctica de confidencialidad. Si Ud. quiere una copia de la notificación, pregunte Ud. a la recepcionista.

Yo, \_\_\_\_\_, he leído y comprendido esta declaración del consultorio de confidencialidad y finanzas. Estoy de acuerdo en que cumplir con las regulaciones y aceptar la responsabilidad de pagar la cuenta.