



POR FAVOR PONGA EN LISTA A CUALQUIER DOCTOR QUE REQUIERA LOS RESULTADOS DE ESTA VISITA DE CARDIOLOGÍA. LAS CARTAS DE CONSULTA SE ENVIARÁN A LOS DOCTORES ESCRITOS ABAJO. LAS CARTAS DE CONSULTA SE ENVIARÁN DENTRO DE DIEZ DÍAS HÁBILES DESDE LA FECHA DE SERVICIO.

CUALQUIER AUTORIZACIÓN SEA MÉDICO, DENTAL O PARA DEPORTES DEBE SER SOLICITADA DURANTE LA VISITA O ES POSIBLE QUE HAYA UN CARGO ADICIONAL.

**PEDIATRA:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

**DOCTORES ADICIONALES:**

NOMBRE/TIPO DE DOCTOR: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

NOMBRE/TIPO DE DOCTOR: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

NOMBRE/TIPO DE DOCTOR: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL

\_\_\_\_\_  
FECHA

## NUESTRA POLITICAS DE OFICINA

### ARCHIVOS MÉDICOS

Todos las peticiones de archivos médicos deben ser por escrito. Si el paciente 18 años o más, la peticion debe ser completado y firmado por el paciente. Tras la recepción de la peticion por escrito, los archivos pueden estar disponibles dentro de un plazo de diez días hábiles. Dependiendo de la antigüedad de los archivos, puede tomar hasta un mes para la dosponibilidad.

Adicionalmente, hay un cargo de 75 centavos por página después de seis páginas. Si los archivos se están enviando a otro médico u hospital, extenderemos una cortesía y no se les cobrará. Archivos más de seis páginas no se mandarán por fax, en cambio se enviarán por correo.

Para cualquier forma(s), carta(s) u otro papeleo fuera de la asistencia médica rutinaria, habrá un cargo adicional dependiendo de la complejidad

---

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL

FECHA

## NUESTRAS POLITICAS DE OFICINA

Le agradecemos su confianza en la elección de Cardiología Pediátrica de Long Island. Por favor tome un momento para revisar nuestra política de oficina financiera. También hemos incluido una copia para que usted lleve a casa.

### **CO-PAGOS:**

Si se matricula en un plan de seguridad médica con el cual nos contratamos, se requiere que pague al co-pago del especialista cada vez que se ve. Esto se debe pagar antes de verse. Si no está preparado en el momento del servicio, habrá un recargo de \$25.00 de impuesto.

### **COASEGURO:**

Además de co-pagos y deducibles, algunos planes tienen un coaseguro. Esto es un porcentaje de la cantidad de reembolso en la cual usted y su compañía de seguro han convenido. Es SU responsabilidad de saber (conocer) su coaseguro antes de verse. En caso de que haga un balance después de que la compañía de seguro ha pagado su parte, nuestra oficina le pasará la factura.

### **DEDUCIBLE:**

Además de co-pagos y coaseguros, algunos planes tienen un deducible anual. Esto puede ser un deducible individuo o un deducible de familia. Es SU responsabilidad de saber (conocer) la cantidad de su deducible y si se ha cumplido, antes de su visita. En caso de que hay un balance después de que la compañía de seguro ha pagado su parte, nuestra oficina le pasará la factura.

**ES RESPONSABILIDAD DEL TITULAR O DEL PACIENTE ESTAR FAMILIARIZADO CON SU PÓLIZA DE SEGURO. ES IMPOSIBLE CONSEGUIR CUALQUIER GARANTÍA DE PAGO HASTA QUE SE PRESENTE UNA RECLAMACIÓN. POR LO TANTO, EL PACIENTE/PADRE/TUTOR ES REPOSABLE POR CARGOS QUE NO ESTÁN CUBERTOS POR SU CONTRATO.**

**ES SU RESPONSABILIDAD CONOCER SU COASEGURO Y DEDUCIBLE ANTES DE SER VISTO. NUESTRO PERSONAL NO LE INFORMARÁ DE ESTAS RESPONSABILIDADES.**

Es nuestra política de oficina enviar tres facturas. Después de 90 días su cuenta incurrirá en cargos por financiamiento cada mes, por cuales usted es el responsable. Su declaración (factura) final le aconsejará que el balance será entregado a una agencia de colección. Usted será responsable del balance del seguro, cargos por financiamiento y gastos que resulten del procedimiento de colección. Para evitar esto, por favor pague su factura con prontitud. Si usted no entiende la razón por su balance, no dude en llamar a nuestra oficina. Siempre estamos dispuestos a establecer un plan de pago.

---

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL

FECHA

## RENUNCIA FINANCIERO

En consideración a servicios dados por su médico en Cardiología Pediátrica de Long Island al paciente de abajo firmante promete pagar Cardiología Pedátrica de Long Island cualquier co-pago, coaseguro, gastos deducibles u otros cargos debe ser pagado por mi seguro de salud. Además, prometo pagar todos los servicios o procedimientos (por ejemplo: pulse, Electrocardiograma, Eco, etc.,) que no son cubiertos por mi plan de seguro médico

---

FIRMA DEL PACIENTE O DEL TUTOR LEGAL

---

FECHA

---

FIRMA DE REPRESENTANTE AUTORIZADA DE  
Cardiología Pediatrica De Long Island

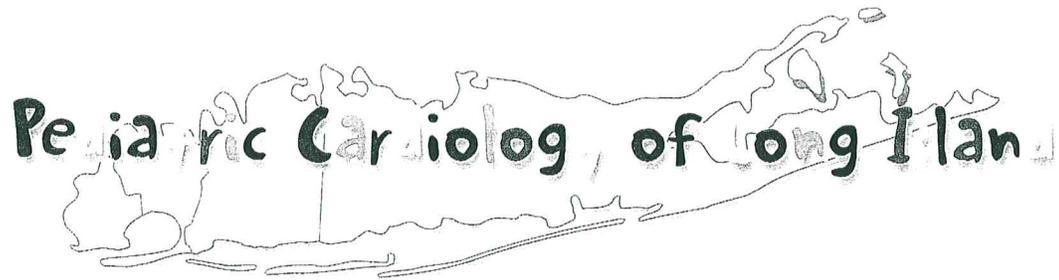
**RECIBO DE LA NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

**FORMA DE RECONOCIMIENTO ESCRITA**

Yo, \_\_\_\_\_ he revisado una copia de las practicas de privacidad de Cardiologia Pediatrica de Long Island

Yo, \_\_\_\_\_ tengo 18 anos o mas y doy permiso para que los reultados de pruebas y informacion de salud sea compartida con \_\_\_\_\_ quien es mi \_\_\_\_\_

Gracias.



Pediatric Cardiology of Long Island

Staff Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Staff Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_