

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Apellido Primero Medio

Seguidad Social #: _____ Sexo: M F Estado Civil: Casado Soltero Divorciad so Viudo

Calle: _____ Apt: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Casa #: _____ Celular #: _____ Trabajando #: _____

¿Esta bien dejar un mensaje detellado? Yes No ¿Esta bien dejar un mensaje detellado? Yes No ¿Esta bien dejar un mensaje detellado? Yes No

Email del Paciente: _____ Numero de carnet de conducir: _____

Occupacion: _____ Empleador: _____ Telefono del Empleador: _____

Notificar encase de emergencia: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

¿Como te enteraste de nosotros? Amigo/Familia Referncia Medica _____ Internet Otro _____

INFORMACION DE LA POLIZA DE SEGURO

Esta información se utilizará para fines de facturación; presente su tarjeta de seguro y una identificación con foto a la recepcionista de recepción

Nombre del segura primario: _____ Telefono: _____

Numera de polizia #: _____ Grupo #: _____

Nombre del abonado: _____ Autorizacion/Pre-certificaion #: _____

Relación del Suscriptor con el Paciente: Yo Eposo Padres Otro _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Suscriptor de la Seguridad Social #: _____ Empleador del Subscriber : _____

Nombre del seguro secundario: _____ Telefono: _____

Política / Reclamo #: _____ Grupo #: _____

Nombre del Suscripto: _____ Autorizacion/Pre-certificacion: _____

Relación del Suscriptor con el Paciente: Yo Eposo Padres Otro

Fecha de nacimiento del suscriptor : _____

INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

¿Se sometió a cirugía? Sí No Fecha de la cirugía: _____ Tipo de accidente / lesión: Comp. Trabajadores * Auto
 Otros: _____

Fecha / fecha del accidente / lesión Se vio al médico por este problema: ____ / ____ / ____

Describe brevemente el accidente: _____

* Si la compensación del trabajador - Empleador: _____ Estado: _____

Nombre del ajustador : _____ Teléfono del ajustador: _____ Caso Número: _____

FIRMA DEL PACIENTE

He revisado la información anterior y verifico que sea correcta.

Firma del paciente / tutor: _____ **Fecha:** _____

TENGA EN CUENTA: El pago se espera en el momento de la visita a menos que se hagan otros arreglos por adelantado.

Ha tenido o tiene ahora alguno de los siguientes problemas? Por favor marque:

- | | | | |
|-----------|----------------------------------------|-----------|-------------------------------------|
| 1. _____ | Asma | 17. _____ | Problemas o piedras al nion |
| 2. _____ | Alergias | 18. _____ | Problemas neurologicos |
| 3. _____ | Diabetes | 19. _____ | Pneumonia |
| 4. _____ | Anemia | 20. _____ | Artritis |
| 5. _____ | Cancer | 21. _____ | Depresion |
| 6. _____ | Sangrado excesivo | 22. _____ | Enfermedades de la piel |
| 7. _____ | Frecuentes gripas | 23. _____ | Tuberculosis |
| 8. _____ | Problemas de la nariz, oidos, garganta | 24. _____ | Dificultad para respirar |
| 9. _____ | Tos cronica | 25. _____ | Enfermedades venereas |
| 10. _____ | Problemas de ojos | 26. _____ | Dolor o presión al pecho |
| 11. _____ | Problemas de estomago, de higado | 27. _____ | Indigestión, dificultad para tragar |
| 12. _____ | Convulsiones | 28. _____ | Problemas intestinales |
| 13. _____ | Enfermedad de tiroides | 29. _____ | Dolor de espalda |
| 14. _____ | Dolor de cabeza | 30. _____ | Cirugía |
| 15. _____ | Problemas del corazon | 31. _____ | Desmayos |
| 16. _____ | Presión arterial alta/Hipertensión | | |

HISTORIA FAMILIAR

	Padre	Madre	Padres del padre	Padres de la madre	Hermanos	Niños
Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuvo un derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorden sangrante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nefropatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Solo mujeres: Estás embarazada? Si No Estás planeando quedar embarazada? Si No

HOSPITALIZACIÓN O CIRUGÍA

Razón	Fecha	Razón	Fecha

HABITOS

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| Humo: Paquetes diarios _____ | Café: Tazas Diarias _____ | Dificultad conciliar el sueño? _____ |
| Cuánto tiempo? _____ | Otra cafeína? _____ | Perturbaciones de continuidad? _____ |
| Interesado en parar? _____ | Alcohol: Tipo /Cantidad? _____ | Ronquidos? _____ |
| Rutina de ejercicios? _____ | Dieta: ingesta de sal? _____ | Despertar temprano mañana? _____ |
| | Ingesta de grasas? _____ | Somnolencia diurna? _____ |

Contacto con sangre o fluidos corporales en el trabajo? _____

Alergia a medicinas? Si/ No Si es así, por favor enumere: _____

Enumere las medicinas que toma: _____

A mi leal saber y entender las declaraciones anteriores son completas y verdaderas.

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

I. ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

II. TENEMOS EL DEBER LEGAL DE SALVAGUARDAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI).

Estamos legalmente obligados a proteger la privacidad de su información de salud. Llamamos a esta información "información médica protegida", o "PHI" para abreviar e incluye información que se puede utilizar para identificarle que hemos creado o recibido sobre su condición médica pasada, presente o futura, la prestación de atención médica a usted, o el pago de esta atención médica. Debemos proporcionarle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad que explica cómo, cuándo y por qué usamos y divulgamos su PHI. Con algunas excepciones, no podemos usar ni divulgar más de su PHI de la necesaria para lograr el propósito del uso o divulgación. Estamos legalmente obligados a seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso.

Sin embargo, nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y nuestras políticas de privacidad en cualquier momento. Cualquier cambio se aplicará a la PHI que ya tenemos. Antes de hacer un cambio importante en nuestras políticas, cambiaremos rápidamente este aviso y publicaremos un nuevo aviso en el área de recepción principal. También puede solicitar una copia de este aviso a la persona de contacto que aparece en la Sección IV a continuación en cualquier momento.

III. COMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA.

Utilizamos y divulgamos información de salud por muchas razones diferentes. Para algunos de estos usos o divulgaciones, necesitamos su autorización específica. A continuación, describimos las diferentes categorías de usos y divulgaciones.

A. Usos y divulgaciones que no requieren su autorización.

Podemos usar y divulgar su PHI sin su autorización por las siguientes razones:

- 1. Para el tratamiento.** Podemos divulgar su PHI a hospitales, médicos, enfermeras y otro personal de atención médica que le proporcione servicios de atención médica o esté involucrado en su atención. Por ejemplo, si está recibiendo tratamiento por una lesión en la rodilla, podemos divulgar su PHI a un técnico de rayos X para coordinar su atención.
- 2. Para obtener el pago del tratamiento.** Podemos usar y divulgar su PHI para facturar y cobrar el pago del tratamiento y los servicios que se le proporcionan. Por ejemplo, podemos proporcionar partes de su PHI a nuestro departamento de facturación y su plan de salud para recibir el pago por los servicios de atención médica que le proporcionamos.
- 3. Para operaciones de atención médica.** Podemos divulgar su PHI para operar esta práctica. Por ejemplo, puede utilizar su PHI para evaluar la calidad de los servicios de atención médica que recibió o para evaluar el desempeño de los profesionales de atención médica que le proporcionaron servicios de atención médica. También podemos proporcionar su PHI a nuestros contadores, abogados, consultores y otros con el fin de asegurarnos de que estamos cumpliendo con las leyes que nos afectan.

4. Cuando una divulgación es requerida por la ley federal, estatal o local, procedimientos judiciales o administrativos, o la aplicación de la ley. Por ejemplo, hacemos divulgaciones cuando una ley requiere que reportemos información a agencias gubernamentales y personal encargado de hacer cumplir la ley sobre víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica; cuando se trata de disparos u otras heridas; o cuando se ordena en un procedimiento judicial o administrativo.

5. Para actividades de salud pública. Por ejemplo, reportamos información sobre nacimientos, muertes y diversas enfermedades, a funcionarios gubernamentales encargados de recopilar esa información, y proporcionamos a los forenses, examinadores médicos y directores funerarios la información necesaria relacionada con la muerte de una persona.

6. Para actividades de supervisión de la salud. Por ejemplo, proporcionaremos información para ayudar al gobierno cuando lleve a cabo una investigación o inspección de un proveedor u organización de atención médica.

7. Para fines de donación de órganos. Podemos notificar a las organizaciones de adquisición de órganos para ayudarles en la donación y trasplantes de órganos, ojos o tejidos.

8. Con fines de investigación. En ciertas circunstancias, podemos proporcionar PHI para llevar a cabo investigaciones médicas.

9. Para evitar daños. Con el fin de evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad de una persona o el público, podemos proporcionar PHI al personal de las fuerzas del orden o a personas capaces de prevenir o disminuir dicho daño.

10. Para funciones gubernamentales específicas. Podemos divulgar la PHI del personal militar y veteranos en ciertas situaciones. Y podemos divulgar la PHI con fines de seguridad nacional, como proteger al Presidente de los Estados Unidos o realizar operaciones de inteligencia.

11. A efectos de compensación de los trabajadores. Podemos proporcionar PHI para cumplir con las leyes de compensación de trabajadores.

12. Recordatorios de citas y beneficios o servicios relacionados con la salud. Podemos usar la PHI para proporcionar recordatorios de citas o darle información sobre alternativas de tratamiento u otros servicios o beneficios de atención médica que ofrecemos.

B. Uso y divulgación donde tenga la oportunidad de objetar:

1. **Divulgaciones a familiares, amigos u otras personas.** Podemos proporcionar su PHI a un familiar, amigo u otra persona que usted indique que está involucrado en su atención o en el pago de su atención médica, a menos que se oponga total o parcialmente.
- C. **Todos los demás usos y divulgaciones requieren su autorización previa por escrito.** En cualquier otra situación no descrita anteriormente, le pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar cualquiera de sus PHI. Si decide firmar una autorización para divulgar su PHI, puede revocar dicha autorización por escrito para detener cualquier uso y divulgación en el futuro (en la medida en que no hayamos tomado ninguna acción basándose en la autorización).
- D. **Usos y divulgaciones incidentales.** Pueden producirse usos incidentales y divulgaciones de información. Un uso o divulgación incidental es un uso o divulgación secundario que no se puede prevenir razonablemente, tiene una naturaleza limitada y que ocurre como un subproducto de un uso o divulgación permitido de otro modo.

Sin embargo, dichos usos o divulgación incidentales solo están permitidos en la medida en que hayamos aplicado salvaguardias razonables y no divulguemos más de su PHI de lo necesario para lograr el uso o la divulgación permitidos. Por ejemplo, se permitirían las revelaciones sobre un paciente en una estación de enfermería que podrían ser escuchadas por personal que no participa en la atención del paciente.

IV. QUÉ DERECHOS TIENE CON RESPECTO A SU PHI

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI:

- A. **El derecho a solicitar límites en los usos y divulgaciones de su PHI. Usted tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en que usamos y divulgamos su PHI.** Consideraremos su solicitud, pero no estamos legalmente obligados a aceptarla. Si aceptamos sus necesidades, pondremos límites por escrito y los acataremos excepto en situaciones de emergencia. Usted no puede limitar los usos y divulgaciones que legalmente estamos obligados a hacer.
- B. **El derecho a elegir cómo le enviamos la PHI.** Tiene derecho a solicitar que le enviemos información a una dirección alternativa (por ejemplo, el envío de información a su dirección de trabajo en lugar de su dirección de domicilio) o por medios alternativos (por ejemplo, correo electrónico en lugar de correo ordinario). Debemos aceptar su solicitud siempre y cuando podamos proporcionarla fácilmente en el formato que solicitó.
- C. **El derecho a ver y obtener copias de su PHI.** En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho de mirar u obtener copias de su PHI que tenemos, pero usted debe hacer la solicitud por escrito. Si no tenemos su PHI pero sabemos quién lo hace, le diremos cómo obtenerla. Le responderemos dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud por escrito. En ciertas situaciones, podemos denegar su solicitud. Si lo hacemos, le diremos, por escrito, nuestras razones para la denegación y le explicaremos su derecho a que se revise la denegación.

Si solicita copias de su PHI, le cobraremos \$1 por cada página. En lugar de proporcionar la PHI que solicitó, podemos proporcionarle un resumen o una explicación de la PHI siempre y cuando usted acepte eso y el costo por adelantado.

- D. **El derecho a obtener una lista de las divulgaciones que hemos hecho.** Usted tiene derecho a obtener una lista de los casos en los que hemos divulgado su PHI. La lista no incluirá usos o divulgaciones que usted ya haya dado su consentimiento, como los

realizados para el tratamiento, el pago o la atención médica. Operaciones, directamente a usted, a su familia o en nuestro directorio de instalaciones. La lista tampoco incluirá los usos y divulgaciones hechas con fines de seguridad nacional, a correcciones o personal encargado de hacer cumplir la ley, o en cumplimiento con el Sistema Nacional de Verificación de Antecedentes Criminales Instantáneos a partir del 1/7/14.

Responderemos dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud. La lista que le daremos incluirá las divulgaciones hechas en los últimos seis años a menos que solicite un tiempo más corto. La lista incluirá la fecha de la divulgación, a quien se divulgó la PHI (incluida su dirección, si se conoce), una descripción de la información divulgada y el motivo de la divulgación. Le proporcionaremos la lista sin cargo, pero si realiza más de una solicitud en el mismo año, le cobraremos \$10 por cada solicitud adicional.

- E. **El derecho a corregir o actualizar su PHI.** Si cree que hay un error en su PHI o que falta una información importante, tiene derecho a solicitar que corrijamos la información existente o agreguemos la información que falta. Responderemos dentro de los 30 días de recibir su solicitud por escrito. Debe proporcionar la solicitud y el motivo de la solicitud por escrito. Podemos denegar su solicitud por escrito si la PHI es (i) correcta y completa, (ii) no creada por nosotros, (iii) no se permite que se divulgue, (iv) no forma parte de nuestros registros. Nuestra denegación por escrito indicará las razones de la denegación y explicará su derecho a presentar una declaración escrita de desacuerdo con la denegación. Si no presenta una, tiene derecho a solicitar que su solicitud y nuestra denegación se adjunte a todas las divulgaciones futuras de su PHI. Si aprobamos su solicitud, realizaremos el cambio en su PHI, le informaremos que lo hemos hecho y le diremos a otros que necesitan saber sobre el cambio en su PHI.
- F. **El derecho a recibir este aviso por correo electrónico.** Usted tiene derecho a obtener una copia de este aviso por correo electrónico. Incluso si ha aceptado recibir un aviso por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia impresa de este aviso.

V. CÓMO QUEJARSE DE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.

Si cree que podemos haber violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su PHI, puede presentar una queja ante la persona que aparece a continuación. También puede enviar una queja por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos en 200 Independence Ave., S.W.; Habitación 615F; Washington, DC 20201. No tomaremos ninguna medida de represalia en su contra si presenta una queja sobre nuestras prácticas de privacidad.

VI. PERSONA PARA CONTACTAR PARA INFORMACIÓN SOBRE ESTE AVISO O PARA COMPLAIN SOBRE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o cualquier queja sobre nuestras prácticas de privacidad, o si desea saber cómo presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, comuníquese con: RWJ Barnabas Renaissance Primary Care, Attn: Maria Calma; 66 West Gilbert Street, Suite 100; Red Bank, Nueva Jersey 07701-4918; (732) 936-6444; correo electrónico: mcalma@libertymedmanagement.com.

VII. FECHA EFECTIVA DE ESTE AVISO.

Este aviso entró en vigor el 1 de enero de 2015.

Acuerdos del Paciente – Consentimiento para el Tratamiento

Lea las siguientes declaraciones e indique su acuse de recibo y/o autorización para cada uno a continuación:

Yo, _____ estoy autorizado y por la presente da su consentimiento para el
(nombre del paciente/auto)
personal médico de RWJBarnabas Renaissance Primary Care de examinar y prestar atención a El cuidado de
examinar y prestar atención a _____
(nombre del paciente/auto)

Su privacidad nos preocupa al máximo en RWJBarnabas Renaissance Primary Care, y nos adherimos estrictamente a las regulaciones de la HIPAA. Estas regulaciones nos permiten llamarle a un número de teléfono proporcionado por usted para fines específicos. Podemos llamarle para recordarle las próximas citas y para dejar un mensaje de correo de voz o un mensaje con la persona que responde al teléfono pidiéndole que nos llame. No dejamos Información de Salud Personal (PHI) a menos que usted lo autorice.

Por favor, lea las siguientes declaraciones e indique su acuse de recibo y/o autorización para cada uno a continuación con sus iniciales:

_____ Reconozco que he recibido/leído una copia de la información de RWJBarnabas Renaissance Primary Care HIPAA.

_____ Autorizo al personal de RWJBarnabas Renaissance Primary Care a dejar mensajes detallados sólo a través de correo de voz en el número de teléfono proporcionado. Estos mensajes pueden contener Información de Salud Personal (PHI, por susten, por susten), como los resultados de las pruebas.

_____ Autorizo al personal de RWJBarnabas Renaissance Primary Care a dejar mensajes detallados que contengan PHI con cualquier persona que responda a los siguientes números de teléfono.

Número(s) de teléfono autorizado(s): _____ or _____

_____ RWJBarnabas Renaissance Primary Care recopila información, incluyendo su dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil para entregar declaraciones de pacientes, alertas y/o boletines electrónicos. Puede optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento. Nunca venderemos, alquilaremos o regalaremos nuestra lista de correo electrónico para marketing de terceros.

Permiso del paciente para compartir información médica protegida

_____ Por la presente autorizo al personal de RWJBarnabas Renaissance Primary Care a usar o divulgar mi información médica (denominada "Información de Salud Protegida") a cualquier proveedor de atención médica y/o empleado de RWJBarnabas Renaissance Primary Care. La Información de Salud Protegida (PHI) que estoy autorizando para el uso de la divulgación es la divulgación estándar de información (incluye notas de dicción y terapia mecanografiadas) e Información específica de mi tabla que incluye: _____

_____ Por la presente autorizo y solicito a RWJBarnabas Renaissance Primary Care que divulgue mi PHI a la(s) persona(s) o institución(es) que se enumeran a continuación. Entiendo que esta autorización expirará 180 días después de la firma, a menos que se indique una fecha anterior:

<u>Nombre (s) autorizado (s)</u>	<u>Relación con el paciente</u>	<u>Discutir PHI</u>	
_____	_____	Si	No
_____	_____	Si	No

_____ Entiendo que RWJBarnabas Renaissance Primary Care tiene el derecho de facturarme \$1.00 por página por cada copia de mi PHI.

Recibo de Aviso de Prácticas de Privacidad

_____ He recibido y revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Revocación de los derechos para el acuerdo del paciente

_____ Entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización, si la revocación es por escrito, excepto si RWJBarnabas Renaissance Primary Care ha tomado medidas en base a esta Autorización o, si esta Autorización fue dada como condición para obtener cobertura de seguro, otra ley establece que la compañía de seguros tiene el derecho de impugnar una reclamación bajo la póliza de seguro. Entiendo que puedo revocar esta Autorización enviando una solicitud por escrito a:

RWJBarnabas Renaissance Primary Care
217 Chestnut Street
Newark, NJ 07105

Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que se revoque por escrito.

Al firmar esta Autorización, reconozco que he leído y entiendo esta Autorización.

Firma (Paciente)

Fecha

Firma (Representante autorizado)

Fecha

Nombre Impreso

Relación del representante autorizado con el paciente

Número de teléfono del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

FOR INTERNAL USE ONLY:

Intake reviewed by: _____ Date: _____

Declaración de política financiera

RWJBarnabas Renaissance Primary Care llama a su compañía de seguros antes de su tratamiento para verificar qué cubrirán o no, y cuál puede ser su responsabilidad. Esta es una "estimación" de sus beneficios y no una garantía de que pagarán de esa manera. Su participación total puede ser mayor que los pagos (es decir, copagos) que ha realizado a la instalación.

La explicación de los beneficios detalla lo que estaba cubierto / pagado tanto para el paciente como para RWJBarnabas Renaissance Primary Care. RWJBarnabas Renaissance Primary Care enviará una carta / factura solicitando cualquier monto adicional adeudado para ese período de facturación, si corresponde. También puede recibir un recordatorio automático de cualquier saldo adeudado. Si en algún momento cree que su compañía de seguros procesó su reclamo incorrectamente, comuníquese con ellos directamente.

Es su responsabilidad el pago de su cuenta. Tenga en cuenta que si no realiza alguno de los pagos de los que es responsable, de manera oportuna, será responsable de todos los costos de cobrar el dinero adeudado, incluidos los costos judiciales, los honorarios de la agencia de cobranza y los honorarios de los abogados.

POLÍTICA DE NO SHOW

La política de este centro es cobrar una tarifa de "no presentación" de \$25.00 a los pacientes que se hayan perdido 2 citas consecutivas sin previo aviso de 24 horas. Esta tarifa puede eximirse a discreción del Gerente de la Oficina en función de las circunstancias individuales del paciente (por ejemplo, enfermedad familiar o accidente).

Tenga en cuenta que es posible que deba hacer un pago de copago / coseguro por cada visita a RWJBarnabas Renaissance Primary Care. El monto de su copago / coseguro es según su compañía de seguros. Al firmar a continuación, acepta hacer su pago de copago / coseguro en cada visita. Aceptamos Visa, MasterCard, cheques, giros postales y efectivo.

Si no paga su copago al momento de los servicios, habrá un cargo adicional de \$15.00

Si en algún momento cambia su seguro, informe a la recepción de la instalación lo antes posible.

Todos los empleados del equipo de RWJBarnabas Renaissance Primary Care se comprometen a brindar un servicio excepcional a nuestros pacientes. Gracias por elegir RWJBarnabas Renaissance Primary Care.

Al firmar a continuación, declara que ha leído y comprende este formulario:

Nombre del paciente

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

FOR INTERNAL USE ONLY:

Intake reviewed by: _____ Date: _____

rev.06/2020