

Psychological Health-Roanoke-REGISTRO DE PACIENTE

Fecha: _____ Teléfono de Casa: _____
Teléfono del Trabajo: _____
Teléfono Celular: _____
Correo Electrónico: _____

Paciente: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido(s)
Dirección _____
Calle y P.O. Box _____
Ciudad Estado Código Postal

Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Número del Seguro Social _____

Nombre de Empresa/Patrón del Paciente: _____
Dirección de la Empresa/Patrón _____

Esposo/a _____ Fecha de nacimiento: _____ Número del Seguro Social _____
Nombre y Dirección de la Empresa/Patrón _____
Ocupación: _____ Teléfono de la Empresa/Patrón _____

¿Tiene Seguro Médico?
Sí, favor de presentar una copia al recepcionista en el momento de registrarse.
No, entonces el pago completo debe hacerse el día que se le presta el servicio.

INFORMACIÓN REQUERIDA:
En caso de emergencia, ¿a quién se le debe notificar? _____
Teléfono: _____ Relación al Paciente: _____

Yo autorizo el tratamiento que sea considerado necesario por los profesionales de atención de salud de Psychological Health- Roanoke.

Yo autorizo a Psychological Health-Roanoke a proveer a mi plan de salud cualquier y toda información que consideren necesaria en cuanto a mi cuidado y tratamiento para asegurar el pago a tiempo de todos los cargos por los servicios prestados. Por la presente autorizo el pago de todos los beneficios de seguro a Psychological Health- Roanoke por cualquier y todos los cargos incurridos en conexión con los servicios que se me provean. También autorizo que una copia de esta autorización y asignación sea utilizada en lugar de la original.

Yo entiendo plenamente que yo sigo siendo responsable de pagar a Psychological Health-Roanoke por todos los cargos que no sean pagados ni por mis compañías de seguro y/o empresa/patrón, de acuerdo a la reglamentación de cualquier programa de seguro de salud federal o estatal tales como Medicare o Medicaid, o a otras provisiones contractuales que puedan limitar la responsabilidad del paciente en el pago de costos y servicios médicos. El pago deberá efectuarse dentro de los treinta días luego de haber recibido un estado de cuenta.

En consideración de los servicios prestados y que se prestarán conforme a mi solicitud de servicios médicos de Psychological Health- Roanoke, por medio de la presente renuncio a cualquier derecho a un juicio por jurado si Psychological Health-Roanoke tuviera que presentar una demanda para cobrar mi cuenta.

FORMAS DE PAGO:

Nuestra oficina acepta las siguientes formas de pago:

Efectivo, Cheque Personal y Tarjetas de Crédito.

A los cheques devueltos se les aplica un cargo NSF de \$50,00, y reportamos a la oficina local del Fiscal del Estado los cheques de oficina que no sean pagados dentro de las 2 semanas de haber sido devueltos a nuestra oficina.

El paciente entiende que si los cargos no son pagados nuestra oficina reporta esto a una agencia de cobranzas. En el evento de que su cuenta sea transferida a una agencia de cobranzas, el paciente acuerda a pagar todos los cargos adicionales relacionados a la cobranza de la deuda. Estos cargos incluyen los cargos de la agencia de cobranzas y los cargos de abogado.

Todas las partes interesadas acuerdan que todas las demandas, disputas y otros asuntos de acción deberán presentarse y ser decididos en el Estado de Virginia.

Usted acuerda que, para nosotros poder darle servicio a nuestra cuenta o para cobrar cualquier cantidad que usted pueda deber, que nosotros podemos contactarlo por teléfono a cualquiera de los números telefónicos asociados con su cuenta, incluyendo números de teléfonos celulares, lo cual puede resultar en cargos para usted. También podemos contactarlo por mensajes de texto o correos electrónicos, utilizando cualquier correo electrónico que usted provea. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pre-grabados o artificiales y/o el uso de un aparato para discar automáticamente, como sea aplicable. Yo/Nosotros he(mos) leído esta declaración y acordamos que el Prestamista/Acreedor puede contactarme(nos) tal como se describe aquí.

NO FIRME HASTA QUE HAYA LEÍDO Y ENTENDIDO ESTA INFORMACIÓN.

Firma del Paciente

Fecha