



PHYSICIANS OF KATY

462 S. Mason Road, Suite 100
Katy, TX 77450
Phone 281.693.5289 * Fax 281.693.3111

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE				
APELLIDO DEL PACIENTE		NOMBRE		INICIAL
FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/yyyy)	NUMERO DE SEGURO SOCIAL		SEXO (marque uno)	
ESTADO CIVIL (marque uno)		NOMBRE DEL CÓNYUGE		MASCULINO / FEMENINO / TRANS CÓNYUGE NÚMERO DE TELÉFONO
Casado / soltero / OTROS				
DIRECCIÓN POSTAL				
CIUDAD		ESTADO		ZIP
DIRECCIÓN (si es diferente del anterior)				
CIUDAD		ESTADO		ZIP
TELÉFONO DE LA CASA	CELULAR		TELÉFONO DEL TRABAJO	
NOMBRE DEL EMPLEADOR		DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		
MOTIVO DE LA VISITA DE HOY				
RESPONSABLE		SI ES DIFERENTE DE INFORMACIÓN AL PACIENTE SOBRE		
NOMBRE (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)		RELACIÓN CON EL PACIENTE (marque uno)		
		HIJO OTRO CÓNYUGE _____		
DIRECCIÓN POSTAL				
CIUDAD		ESTADO		ZIP

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO			
COMPAÑÍA DE SEGUROS PRIMARIA			
NOMBRE DEL ASEGURADO		FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/yyyy)	SEXO (marque uno)
		MASCULINO / FEMENINO / TRANS	
NÚMERO DE PÓLIZA		NÚMERO DE GRUPO	
RECLAMACIONES DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	ZIP
INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO			
COMPAÑÍA DE SEGUROS SECUNDARIA			
NOMBRE DEL ASEGURADO		FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/yyyy)	SEXO (marque uno)
		MASCULINO / FEMENINO / TRANS	
NÚMERO DE PÓLIZA		NÚMERO DE GRUPO	
RECLAMACIONES DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	ZIP

RECONOCIMIENTO Y FIRMA

POR LA PRESENTE RECONOSCO Y CONFIRMO PENA DE PERJURIO DE DECIR VERDAD, QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERDADERA Y CORRECTA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA: Por la presente autorizo Hector Ubaldo MD, PA para proporcionar a mi compañía de seguros (es) y otros médicos cualquier información médica adquirida en el curso de mi examen o tratamiento.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS OB: Por la presente autorizo el pago directamente a Hector Ubaldo MD, PA de todas las prestaciones debidas por los servicios prestados. Todos los pagos son debidos en el momento del servicio.

FIRMA DEL PACIENTE	FECHA (mm/dd/yyyy)
FIRMA DEL TUTOR ** Los pacientes menores de 18 años deben estar acompañados por un padre o tutor **	FECHA (mm/dd/yyyy)



PHYSICIANS OF KATY

462 S. Mason Road, Suite 100
Katy, TX 77450
Phone 281.693.5289 * Fax 281.693.3111

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO

Yo, _____ entiendo que sufro de una condición que requiere de diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico, por la presente voluntariamente consiento a dichos procedimientos la atención esos servicios médicos, quirúrgicos o de otra índole en las instrucciones generales y específicas del Dr. Hector Ubaldo, sus ayudantes o su designado que sea necesario por su juicio. También reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se han dado garantías a mí en el resultado de los tratamientos o exámenes de Hector Ubaldo, MD, PA.

Paciente Nombre Impreso

Fecha de nacimiento

Firma del paciente

Fecha

Guardián Legal / Firma del responsable

Fecha

Guardián Legal / Nombre del responsable

Relación con el paciente



PHYSICIANS OF KATY

462 S. Mason Road, Suite 100
Katy, TX 77450
Phone 281.693.5289 * Fax 281.693.3111

POLÍTICA FINANCIERA

- **PAGO ES DEBIDO A LA HORA DE SERVICIO:** Tarjeta de Efectivo, cheque o tarjeta de crédito serán aceptadas para los servicios de oficina, deducibles, co-pagos y co-seguros. Si así lo solicita, una copia de los servicios Siempre que se le dará a usted.
- **SERVICIOS DE OFICINA:** Physicians of Katy van a presentar los cargos de la Oficina con la Mayoría de los planes de Salud. No PARTICIPAN los transportistas no Sera Archivado y Copia de los cargos de Su Oficina se dara pára Que Se Someta un su Plan de Seguro.
- **CO-PAGOS, DEDUCIBLES Y CO-SEGUROS:** Por favor, tenga en cuenta que sólo se presenta para su Cuota de Seguros de los servicios prestados. El paciente cuota de co-pagos, deducibles y El coseguro es debido en el momento del servicio.
- **Declaraciones:** Declaraciones se envían mensualmente.
Médicos de Katy no procesa las declaraciones de los saldos de menos de \$ 5,00. paciente La inscripción podrá cobrar el saldo de \$ 5,00 (o menos) en su próxima cita.
- **COLECCIONES:** Si no se recibe el pago dentro de la instrucción tercera (90-120 días), su cuenta será diferido a las colecciones.

A CARGO DE CITAS NO-SHOW: Los siguientes cargos se aplicarán para "no-show" citas

\$ 25.00 evaluado en todas las cancelaciones hechas dentro de las 24 horas de la visita a la consulta programada para el siguiente: visita al consultorio, exámenes Well Woman, escuela / trabajo físico, bienestar físico, prueba de esfuerzo, Holter Terapia Física, VNG, EMG, y ultrasonido

\$ 100,00 cuota evaluado en todas las cancelaciones hechas dentro de las 48 horas de la visita a la consulta programada para el siguiente: Estudio del sueño

Si usted tiene alguna pregunta acerca de nuestra Política Financiera o tarifas, o si usted tiene problemas con hacer el pago, por favor pida hablar con uno de nuestros representantes de facturación antes de firmar a continuación.

Mi firma a continuación certifica que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con los términos de la Política Financiera enumerados anteriormente.

Firma

Fecha

Nombre Impreso



PHYSICIANS OF KATY

462 S. Mason Road, Suite 100
Katy, TX 77450
Phone 281.693.5289 * Fax 281.693.3111

CESIÓN Y LIBERACIÓN

Yo, _____ el abajo firmante, tengo un seguro con y asignar directamente a Hector Ubaldo MD, PA todos los beneficios médicos, en su caso, de otro modo pagadero a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por mi seguro. Por la presente autorizo al doctor a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. Yo autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de seguros.

Firma del Asegurado / Tutor

Fecha

****** LA SIGUIENTE ES PARA PACIENTES DE MEDICARE SOLAMENTE ******

MEDICARE AUTORIZACIÓN

Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare se hagan en mi nombre a Hector Ubaldo MD, PA por los servicios prestados a mí por el Doctor. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí para liberar a la Health Care Financing Administration y sus agentes cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagaderos a los servicios relacionados.

Entiendo que mi solicitud de firma que el pago sea hecho y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. Si "otro seguro de salud" se indica en el punto 9 del formulario HCFA-1500 o en otro lugar en otros formularios aprobados o reclamaciones presentadas electrónicamente, mi firma autoriza la liberación de la información a la compañía de seguros o agencia se muestra. En los casos asignados de Medicare, el médico o proveedor se compromete a aceptar la determinación de la carga del portador de Medicare como la carga completa y el paciente es responsable de sólo el coaseguro deducible, y sin cobertura de servicio (s). El coseguro y el deducible se basan en la determinación de la carga al transportista Medicare

Firma

Fecha



PHYSICIANS OF KATY

462 S. Mason Road, Suite 100
Katy, TX 77450
Phone 281.693.5289 * Fax 281.693.3111

CONTACTAR CON AUTORIZACIÓN voz, mensajes de texto y correo electrónico

Yo, _____, doy Physicians of Kty permiso para dejar mensajes sobre los resultados normales de laboratorio, citas programadas, las llamadas a mi farmacia acerca de los medicamentos o rellenos, o información general de devolución de llamada en mi buzón de voz a los números de teléfono siguientes:

- CASA (____) _____ - _____
- CELL (____) _____ - _____
- OFICINA (____) _____ - _____

También doy permiso para que los Physicians of Katy se comunique conmigo a través de mensaje de texto en mi teléfono celular en:

CELL (____) _____ - _____

** Tenga en cuenta que Physicians of Katy no cobra por este servicio, pero las tarifas estándar de mensajería de texto pueden aplicar lo dispuesto en su plan de servicio inalámbrico (contacta tú proveedor para planes de precios y detalles).

Usted puede optar por el servicio de mensajes de texto en cualquier momento llamando a Physicians of Katy, por darse de baja de nuestro servicio de mensajería de texto inmediatamente.

También doy permiso para que Physicians of Katy se comunique conmigo a través de mi dirección de correo electrónico:

EMAIL: _____ @ _____

IDIOMA PREFERIDO: Inglés OR español

Paciente Nombre Impreso

Fecha de nacimiento

Firma del paciente

Fecha

Tutor / Firma Responsable

Fecha

Guardián Legal / Nombre del responsable del Partido Impreso

Relación con el paciente



PHYSICIANS OF KATY

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE LA SALUD

Yo, _____ por la presente solicito y autorizo la divulgación de la siguiente información a la persona especificada (s) se enumeran a continuación: (marque todas las que correspondan)

- Toda la información de salud
- Salud información sobre los laboratorios y los resultados de las pruebas de diagnóstico
- Resultados de las ETS, el VIH / SIDA de prueba, ya sea negativa o positiva
Definición: Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), como lo define la ley, RCW 70.24 et esq, incluye herpes, herpes simple, virus del papiloma humano, verrugas, verrugas genitales, condilomas, uretritis no específica, la sífilis VDRL, chancroide, linfogranuloma venéreo, El VIH (Virus de Inmunodeficiencia humana), SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), y la gonorrea.
- Los registros relacionados con las drogas, el alcohol o tratamiento de salud mental
- Otro Especificar _____

nombre relación número de teléfono

nombre relación número de teléfono

nombre relación número de teléfono

Si usted desea cambiar, añadir o eliminar la información divulgada o la persona (s) mencionados anteriormente, por favor notifique inmediatamente Physicians of Katy.

Firma del paciente

Fecha

Nombre Impreso

Fecha de nacimiento



PHYSICIANS OF KATY

462 S. Mason Road, Suite 100
Katy, TX 77450
Phone 281.693.5289 * Fax 281.693.3111

AVISO DE HIPAA PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ACUSE DE RECIBO

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de, y proporcionar a las personas con este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud protegida. Si usted tiene alguna objeción a esta forma, pida por favor para hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento HIPAA en persona o por teléfono al (281) 693 a 5289.

La firma debajo es sólo reconocimiento que usted ha recibido este Aviso de prácticas de privacidad.

Firma

Fecha

Nombre Impreso