



**Acuse de recibo de
Aviso de prácticas de privacidad**

Entiendo que como parte de mi atención médica, esta organización crea y mantiene registros médicos que describen mi historial médico, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y mis planes para la atención futura o tratamiento. Entiendo que esta información sirve como:

una base para planificar mi atención y tratamiento

un medio de comunicación entre los profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado

una fuente de información para aplicar mis diagnósticos e información clínica a mi factura
un medio por el cual un tercero pagador (por ejemplo, una compañía de seguros) puede verificar que los servicios facturados fueron realmente proporcionó

y una herramienta para operaciones de atención médica de rutina, como la evaluación de la calidad y los resultados.

Se me ha proporcionado un Aviso de prácticas de privacidad que proporciona una descripción más completa de usos y divulgaciones de la información.

Firma

Relación con el paciente

Fecha

Por favor imprima el nombre del paciente

Testigo

Fecha

Reconocimiento de recibo del aviso de prácticas de privacidad no fue firmado como se indica a continuación:

- El paciente se niega a firmar
- El paciente era físicamente incapaz de firmar

Se hicieron los siguientes intentos para obtener la firma.

Fecha	Tiempo	Explicación/Razón	Iniciales
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



H. KIRAN KUMAR REDDY MD, CORPORACIÓN PROFESIONAL
Certificado por la Junta Estadounidense en Medicina Interna y Cardiología

Cardiología clínica
Cateterización cardiaca
Medicina Interna
Angioplastia

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA, AUTORIZACIÓN PARA PAGO MÉDICO

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para el procesamiento de reclamaciones de seguro médico.

Por la presente autorizo a mi compañía de seguros a pagar a H. Kiran Reddy, M.D. los gastos médicos y quirúrgicos. Beneficios permitidos e incluyendo beneficios médicos importantes, como pago de los cargos totales por servicios profesionales prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de pagar mi cuenta, incluyendo cualquier saldo después de los pagos del seguro.

Firma del asegurado/Persona autorizada

Fecha

Paciente

Nombre (por favor imprima)

Dirección

Ciudad, Estado, Código postal

AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE MEDICARE
(SOLO PACIENTES DE MEDICARE)

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice a H. Kiran Reddy, M.D. en mi nombre por cualquier servicio prestado a mí. Autorizo que toda mi información médica sea divulgada al La Administración de Financiamiento de la Atención Médica y sus agentes toda la información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos a servicios relacionados.

Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autorizo la divulgación de información médica necesario para pagar el reclamo. Si se indica otra cobertura de seguro médico en el artículo 9 de la HFCA-1500 formulario de reclamo o en cualquier otro lugar de otros formularios de reclamo aprobados o reclamos enviados electrónicamente, mi firma autorizar la divulgación de la información al asegurador o agencia mostrada. En los casos asignados por Medicare, el médico o proveedor acepta aceptar la determinación de cargos de la aseguradora de Medicare como el cargo completo, y el paciente es responsable únicamente del deducible, coseguro y servicios no cubiertos. El coseguro y los deducibles se basan en la determinación de cargos de la aseguradora de Medicare.

Firma asegurada

Fecha



POLÍTICA FINANCIERA

La siguiente es la política de H. KIRAN REDDY MD. Por favor lea atentamente y asegúrese de Comprender lo siguiente que se aplica a usted antes de firmar este acuerdo.

SEGUROS Y PLANES DE SEGUROS CONTRATADOS (HMO/PPO): Es responsabilidad del paciente de proporcionarnos la información de facturación adecuada. Esto incluye la corriente identificación del seguro, dirección de facturación y cualquier otra cosa requerida por su compañía de seguros para pago del reclamo. Usted será responsable del monto total de nuestros cargos si son incorrectos o Si proporciona información incompleta en la fecha de su servicio. Será responsable de pago de cualquier coseguro, copago, deducibles o beneficios no cubiertos. Si le facturamos a su compañía de seguros y no pagan el reclamo dentro de los 60 días, el saldo de su cuenta pasará a ser de su exclusiva responsabilidad. Es su responsabilidad obtener referencia o autorización si su seguro requiere uno.

Recuerde que el seguro se considera un método de reembolso. Incluso con seguro cobertura, usted es el responsable final de su factura. Aunque hacemos todo lo posible para ayudar, los problemas con los pagos del seguro, que pueden surgir ocasionalmente, son disputas entre usted y su compañía de seguros.

MEDICARE: H. KIRAN REDDY MD es un proveedor participante de Medicare. Aceptamos, Asignación sobre reclamaciones de Medicare. Usted es responsable de los deducibles, coseguros y gastos beneficios no cubiertos. Si tiene un seguro secundario, le facturaremos al secundario al recibir el Medicare Explicación de beneficios. Si facturamos a su compañía de seguros y no paga el reclamo dentro de los 60 días, el saldo de su cuenta pasará a ser su exclusiva responsabilidad.

NO ASEGURADO: Se espera el pago al momento del servicio. Si no puede pagar el total monto en ese momento, nuestro departamento de facturación trabajará con usted para establecer un calendario de pagos. Una vez que se haya establecido el pago, se espera que realice ese pago mensualmente. Si no se realiza el pago la cuenta se considerará morosa.

Es política de esta oficina enviar cuentas morosas a una agencia de collección. Por tanto, es importante que se comunique con el departamento de facturación si no puede hacer un pago en su cuenta.

Si en algún momento necesita ayuda o necesita discutir la política anterior, no dude en llamar a nuestro oficina. Nuestro objetivo es brindarle un servicio y atención óptimos.

He leído la política financiera anterior. Al firmar a continuación estoy reconociendo mi comprensión de mis obligaciones y acepto cumplir con la política financiera.

Nombre del paciente (impreso)

Firma del paciente

Fecha