

Formulario de consentimiento combinado del paciente para pólizas de seguro y de consultorio

Certifico que la información que he proporcionado sobre mi cobertura de seguro es correcta y autorizo a la oficina de John Sokolowicz, M.D., P.A., DBA MVM Heart, Vein and Vascular Centers a verificar mi cobertura de seguro y los beneficios permitidos de acuerdo con las pólizas de mi plan de seguro. Autorizo que dichos pagos se realicen directamente a John Sokolowicz, M.D., P.A., DBA MVM Heart, Vein and Vascular Centers para todos los beneficios médicos/quirúrgicos pagaderos según los términos de mi póliza de seguro por los servicios prestados. Acepto pagar cualquier copago, coaseguro, deducible, falta de respuesta a la correspondencia del seguro, cobertura de auto agotada, reclamos de compensación laboral denegados según lo requiera mi plan de seguro por la atención médica/quirúrgica brindada a mí o a mi dependiente. Entiendo que soy responsable de conocer los términos y regulaciones de mi plan de seguro, y que las referencias a especialistas siempre son mi responsabilidad. Acepto aceptar la responsabilidad total del pago si mi cobertura de seguro se interrumpe o finaliza durante mi atención.

☐

Autorizo a John Sokolowicz, M.D., P.A., DBA MVM Heart, Vein and Vascular Centers, a presentar una reclamación a mi compañía de seguros por los servicios médicos que me brindaron a mí o a mi dependiente. Autorizo la divulgación de cualquier información médica o incidental que sea necesaria para la atención médica o para procesar solicitudes de beneficios financieros, incluyendo la de proveedores externos que puedan utilizarse en mi nombre. Autorizo que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original. Mis iniciales certifican que acepto la responsabilidad y el consentimiento indicados anteriormente.

☐

Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Mis iniciales certifican que he recibido acceso a una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de MVM Heart, Vein and Vascular Centers.

Recepción de Políticas de Oficina y Financieras

Mis iniciales certifican que entiendo y acepto pagar los siguientes cargos si se presentan:

☐

1. \$50 por cancelación o no presentación a la cita con menos de 24 horas de anticipación para todas las visitas al consultorio.
2. \$100 por ecografía/ecocardiograma con menos de 24 horas de anticipación.
3. \$270 por prueba de esfuerzo con menos de 24 horas de anticipación.
4. \$50 por cheque sin fondos.
5. \$20.00 por cada formulario completado.
6. En el estado de Florida, se aplica un cargo de procesamiento por todas las copias de historiales médicos necesarias, con un cargo de hasta \$1.00 por página para las primeras 25 páginas y \$0.25 por página a partir de entonces.

He recibido una copia de las Políticas Financieras de MVM Heart, Vein and Vascular Centers y las entiendo tal como se estipulan. Acepto cumplir con las políticas financieras, de la oficina y de MVM Heart, Vein and Vascular Centers.



Consentimiento para la divulgación de información médica

La oficina de MVM Heart, Vein and Vascular Centers está autorizada a compartir mi información médica, incluyendo resultados de pruebas, medicamentos, horarios de citas e información de seguros y facturación, únicamente con las siguientes personas. Entiendo que, sin consentimiento previo, sin excepción y para mi protección, mi información médica no se compartirá de ninguna otra forma.

Nombre	Relación	Teléfono #

Escriba el nombre del paciente

Firma

Fecha

