



Cary Pediatric Center
Política económica para los pacientes

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** ____ / ____ / ____ **N.º de PCC:** _____

Los centros pediátricos Cary/Fuquay-Varina/Apex comprenden que el costo de la atención médica es una preocupación clave para nuestros pacientes. Para que le podamos dar atención médica de calidad, le pedimos que se tome el tiempo para comprender su responsabilidad en relación con nuestras políticas sobre la responsabilidad económica. Si tiene alguna pregunta relacionada con esto, con gusto lo ayudaremos.

Seguro: su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte en ese contrato. En caso de que aceptemos asignaciones de prestaciones, tenga en cuenta que es posible que algunos de los servicios prestados no estén cubiertos por su plan y en ese caso, usted será 100% responsable de esos cargos.

Copagos, deducibles y tarifas: todos los copagos, los deducibles de los seguros y las tarifas por los servicios que su póliza de seguro no cubra se deben pagar en el momento del servicio. El padre, la madre u otro adulto que acompañe al paciente es responsable del total del pago en el momento del servicio y de dar la identificación del seguro debida. En caso de una controversia sobre la responsabilidad económica, haremos responsable del pago al padre o la madre que acompañe al paciente.

Faltas: a menos que se cancelen con al menos 24 horas de antelación, nuestra política es cobrar una tarifa de \$50.00 por chequeos del niño sano y de \$35 para las visitas por enfermedad. No presentaremos este cargo ni el seguro pagará por él. Después de tres faltas en un período de doce meses, nos reservaremos el derecho a no atenderlo más en nuestro consultorio.

Llamadas de triaje fuera del horario de atención: uno de nuestros médicos está de turno las 24 horas del día. Si tiene una urgencia, puede llamar al consultorio después del horario de atención y lo comunicaremos con un servicio de respuesta médica. Un enfermero registrado responderá y evaluará todas las llamadas y se comunicará con el médico de turno, si corresponde. Las llamadas fuera del horario de atención tienen un cargo de \$22.00 y se le cobrará directamente a usted. Su seguro no cubrirá este cargo.

Citas después del horario de atención: habrá un cargo adicional de \$40.00 para todas las citas de los fines de semana y feriados. Este cargo se enviará a su seguro; sin embargo, si el cargo no está cubierto, será su responsabilidad pagarlo.

Cargos por visitas de lista de espera: si tiene un problema urgente y hace una visita de lista de espera durante un día laborable normal, hay un cargo extra de \$40.00. Este cargo se enviará a su seguro; sin embargo, si el cargo no está cubierto, será su responsabilidad pagarlo.

Copia de los expedientes médicos: con su consentimiento por escrito, le daremos una copia del expediente médico de su hijo. El cargo es \$20 por hijo. Este cargo no se le cobrará a su seguro.

Cargo por cheques rechazados: si nuestro banco rechaza su cheque, le cobraremos un cargo de \$25.00 a su cuenta de paciente por el cheque rechazado, además de la cantidad indicada en el cheque.

Pacientes mayores de 18 años: nuestro enfoque de atención a los adultos jóvenes mayores de 18 años cumple las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) y los requisitos estatales de privacidad y consentimiento, lo que convierte al adulto joven en el único encargado de tomar decisiones sobre la atención y el intercambio de información médica personal. Para quienes no puedan dar su consentimiento, necesitaremos documentación legalmente válida de cuidado asistencial o un poder legal o un acuerdo de tutela adjudicada. Los pacientes mayores de 18 años serán sus propios garantes y se los desligará de la cuenta familiar. Los pacientes mayores de 18 años son responsables económicamente si no tienen un motivo legal válido de los mencionados arriba para lo contrario.

He leído y acepto esta Declaración económica y autorizo a Cary, Fuquay & Apex Pediatric Center a que guarden en su registro los datos de mi tarjeta de crédito de forma segura.

Nombre en letra de imprenta de la parte responsable

Fecha de nacimiento de la parte responsable

Relación con el paciente

Firma de la parte responsable

Fecha