



MRN: \_\_\_\_\_  
 (Do Not affix label, print clearly)  
 Record Base # \_\_\_\_\_

## REGISTRACIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DELE PACIENTE						
NOMBRE LEGAL	APELLIDO	NOMBRE	M		NUMERO DE ARCHIVO	FECHA
DOMICILIO			APT	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NUMERO DE TELEFONO ( )				NUMERO DE SU TRABAJO ( )	CELL PHONE ( )	
SEXO	FECHA DE NAC	EDAD	ESTADO MATRIMONIAL		NUMERO DE SEGURO SOCIAL	
DOCTOR PRIMARIO				NOMBRE DE SOLTERA/OTRO NOMBRE		
NOMBRE DEL MEGOCIO DONDE TRABAJA				OCUPACIÓN	E-MAIL	
DOMICILIO DE TRABAJO				CIUDAD/ESTADO		CODIGO POSTAL

INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE						
PERSONA RESPONSABLE	APELLIDO	NOMBRE	M.	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	PARENTESCO	
DOMICILIO			APT #	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NUMERO DE TELEPHONO ( )				NUMERO DE TRABAJO ( )	CELL PHONE ( )	
NOMBRE DEL NEGOCIO DONDE TRABAJA				OCCUPACIÓN		
DOMICILIO DE TRABAJO				CIUDAD/ESTADO		CODIGO POSTAL

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA						
NOMBRE DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA					PATENTESCO	
DOMICILIO			APT #	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NUMERO DE TELEPHONO ( )				NUMERO DE TRABAJO ( )	CELL PHONE ( )	

**FAVOR DE MARCAR EL NÚMERO QUE MEJOR DESCRIBA SU ORIGEN RACIAL O ETNIA**

RAZA:

<input type="checkbox"/> 1. Indio de Norteamérica/ Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> 2. Asiático
<input type="checkbox"/> 3. Negro o Nativo Afro-Americano	<input type="checkbox"/> 4. Hawaiano / De otras Islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> 5. Blanco o Caucásico	<input type="checkbox"/> 6. Otro
<input type="checkbox"/> 7. No desea contestar	<input type="checkbox"/> 8. Se desconoce

ETNIA:

<input type="checkbox"/> 1. Hispano / Latino	<input type="checkbox"/> 2. No Hispano / No Latino
<input type="checkbox"/> 3. Otra	<input type="checkbox"/> 4. No desea contestar

**¿COMO ENCONTRO A LA CUNJCA SANSUM PARA SU VISIT DE HOY? FAVOR DE ESCOJER UNO DE LO SIGUIENTE.**

<input type="checkbox"/> A. Proveedor	<input type="checkbox"/> E. Periodlco/Radio
<input type="checkbox"/> B. Familiar/Amigo/a	<input type="checkbox"/> F. Paglnas Amerillas
<input type="checkbox"/> C. Mandado Por Su Médico	<input type="checkbox"/> G. Otro _____
<input type="checkbox"/> D. Seguro De Trabajador/Negocio Donde Trabaja	



## POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por seleccionar a Sansum Clinic como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a que su tratamiento sea exitoso. Favor de entender que el pago de su factura se considera una parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de la Política Financiera de la Clínica la cual requiere su firma antes del tratamiento.

**LOS PACIENTES QUE NO CUENTEN CON UN SEGURO DEBERÁN HACER UN PAGO MÍNIMO CADA VEZ QUE RECIBAN UN SERVICIO, QUE SERÁ EL DEPÓSITO APLICABLE POR LOS SERVICIOS SUMINISTRADOS A DICHS PACIENTES. A LOS PACIENTES SIN SEGURO:** Se les solicitará como mínimo el DEPÓSITO aplicable a su cuenta en el momento de cada fecha de un servicio. Esto será imprescindible. **EL PAGO DESIGNADO NO CONSTITUYE, NECESARIAMENTE, EL TOTAL DEL COSTO DE LOS SERVICIOS DE DICHA FECHA.**

**ACEPTAMOS PAGO EN EFECTIVO, CHEQUES Y TARJETAS VISA Y MASTERCARD.**

**CARGO POR SERVICIO: SE IMPONDRÁ UN CARGO POR SERVICIO DE \$25.00 POR CADA CHEQUE DEVUELTO.**

**LOS COPAGOS ESTIMADOS COMO SU RESPONSABILIDAD POR PARTE DE SU COMPAÑÍA DE SEGUROS SON PAGADEROS EN LA FECHA DEL SERVICIO, ANTES DE VER AL MÉDICO.**

### REFERENTE AL SEGURO

**PACIENTES DE HMO:** (Asignados a Sansum Clinic): El copago es pagadero en el momento del servicio. Esto es una parte de su contrato de seguro que será imprescindible.

**PACIENTES PARTICIPANTES DE PPO DE SANSUM CLINIC:** Los deducibles anuales insatisfechos, coaseguros y copagos de pacientes son pagaderos en el momento del servicio. Esto es una parte de su contrato de seguro que será imprescindible. Con una asignación de beneficios en el expediente y una copia de su tarjeta de seguro PPO, le enviaremos la factura a la aseguradora de PPO y aplicaremos el descuento de PPO para usted. Si los servicios son beneficios no cubiertos y/o deducibles, usted será responsable del pago total al recibir la explicación de los beneficios de su compañía de seguros.

**PACIENTES DE MEDICARE:** Usted es responsable del 20% de la responsabilidad del paciente estimada por Medicare. Asimismo, usted es responsable de los elementos no cubiertos y los deducibles bajo el programa de Medicare. No facturamos pólizas suplementarias a Medicare.

**PACIENTES PRIVADOS:** Usted recibirá un estado de cuenta mensual con toda la información pertinente para adjuntar en su formulario de reclamo y reenviarlo a su compañía de seguros. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nosotros no somos parte de dicho contrato. Si su compañía de seguros no paga en un plazo de 60 días, usted recibirá una notificación referente a su cuenta en mora. Favor de tomar en cuenta que algunos y quizás todos los servicios suministrados pueden ser servicios "no cubiertos" y considerados como irrazonables e innecesarios por su seguro médico.

Usted será responsable por el pago de todos los servicios. **Contamos con un programa de presentación y facturación electrónica de cortesía** para los pacientes con seguros privados en particular. Para obtener mayor información, favor de consultar con el Encargado y/o Representante de Cuentas de Pacientes Privados. Si su compañía de seguros no participa en estos programas, usted será responsable de presentarlos a su compañía de seguros.

### **TARIFAS USUALES Y ACOSTUMBRADAS**

Sansum Clinic se compromete a proporcionar el mejor tratamiento posible para nuestros pacientes y cobrará lo que es usual y acostumbrado para la zona. Usted será responsable del pago total, independientemente de la determinación arbitraria de alguna compañía de seguros, en relación a las tarifas usuales y acostumbradas. Las tarifas están sujetas a cambios sin previo aviso.

Gracias por leer y entender la Política Financiera de la Clínica. Si usted tiene alguna pregunta o inquietud, favor de hacérselo saber.

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Entiendo que Sansum Clinic mantendrá un registro de mis contactos de los servicios y, en general, ninguna información será divulgada sin mi consentimiento expreso y por escrito. No obstante, estoy consciente de que la información respecto a mi tratamiento y servicios suministrados puede ser divulgada, según sea necesario, para recibir el reembolso por parte de los planes de seguros de salud públicos y privados. Autorizo a Sansum Clinic a divulgar toda información médica, psiquiátrica y/o de dependencia de sustancias que sea necesaria para el proceso de reclamos. Apruebo que se utilice una copia de la presente autorización, en lugar de la original. Solicito que el pago de mi seguro médico se realice directamente a Sansum Clinic. Entiendo que soy responsable de los cargos que no sean pagados por mi compañía de seguros.

**HE LEÍDO LA POLÍTICA FINANCIERA (ANTES PRESENTADA). ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON ESTA POLÍTICA FINANCIERA.**

X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma de la Parte Responsable Nombre de la Parte Responsable  
(Con letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente # del Expediente Médico  
55-4097S (Rev. 1/25/12) Página 2 de 2