

Fecha _____

Enrollment Form/ Change of Address

Apellido _____

Nombre _____ Inicial _____

Direccion _____ Apt _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Fecha de nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____

Telefono de casa _____ Cel _____

E-mail _____

Telefono de trabajo _____

Podemos dejar recado en estos numeros? _____

Estado Civil: Soltera Casada/Union Libre Divorciada Separada Viuda

Doctor Primario _____ Telefono _____

Contacto de emergencia _____ Telefono _____

Relacion _____

Nombre de Seguro Medico _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Numero de telefono de Servicio al cliente _____

ID Poliza _____ Grupo# _____

Nombre de Asegurado _____ Fecha de nacimiento _____

Empleador _____

Relacion al Paciente _____

SONORA WOMEN'S HEALTHCARE

Reconocimiento de recibo de nota de prácticas de privacidad

Yo, _____ reconozco que he recibido una copia

(Nombre de Paciente)

de 'Nota de Prácticas Pacientes de Intimidad'. Esta Nota describe cómo Sonora Women's Healthcare puede utilizar y poder revelar mi información protegida de la salud, ciertas restricciones en el uso y la revelación de mi información de asistencia sanitaria y derechos que puedo tener con respecto a mi información protegida de la salud.

Firma de Paciente/ Padre o Representate Legal

Fecha

Relacion a paciente

Fecha

SONORA WOMEN'S HEALTHCARE

PAYMENT AND INSURANCE POLICY

In order to acquaint our patients with our policies regarding payment of services, we have prepared this explanatory statement. Please feel free to discuss any questions you may have with our front office administrator prior to your appointment.

The patient is ultimately responsible for **all charges** incurred. Our business office will provide the services of billing your medical insurance company, however, you, as the patient, are responsible for providing us with all of the **correct** and **complete** information regarding you insurance company and coverage. **It is your responsibility to be aware of your insurance benefits. This includes knowing your copay amount, your deductible, coinsurance and any non-covered services.**

If we do not receive any response from your insurance company after 45 days from the day we sent the claim the charges will automatically be billed to you. It is the **patient's responsibility** to contact her insurance company to resolve the matter of non payment.

If your deductible has not been met, you have a copay, coinsurance, or do not have medical coverage for your visit; **PAYMENT IS DUE AT THE TIME OF SERVICE.** Per our office policy we accept cash, Visa, Mastercard, and Discover Card as forms of payment. **Personal checks are not accepted.**

The patient is always responsible for providing our office with any new insurance information, including any changes to your current policy.

If the patient account balance is over 90 days old without a payment on the account, the account is then turned over to an outside collection agency. If you receive a statement and have any questions, please contact us at (602)-710-2030 and we will help you to understand your balance. **PLEASE DO NOT IGNORE ANY STATEMENTS SENT TO YOU.** If your account is turned over to collections, the collection agency will add a **collection fee of 35%.**

If for any reason you decide to discontinue care with our office and have a credit balance on your account we will assess a **\$50.00** fee to process and issue a refund check to you.

If you have any questions concerning your account or an insurance claim please call us and we will be happy to help you.

Please Print Name

date

Patient Signature/Legal Guardian

relationship to patient

Witness

date

Sonora Women's Healthcare

La política de la oficina en aseguradores manejados de cuidado

Para acomodar las necesidades y peticiones de nuestros pacientes, nosotros nos hemos matriculado en numerosos programas manejados del seguro del cuidado.

Si bien estamos a favor de estar en condiciones de proporcionar este servicio a usted, es muy difícil para nosotros de llevar un registro de todas las necesidades individuales de cada plan. Cada uno tiene diferentes disposiciones en relación con la frecuencia de los servicios pueden ser prestados, y, aún más importante, donde los servicios pueden efectuarse. Dependiendo de qué tipo de contrato de su empleador ha obtenido encontramos diferencias incluso dentro del mismo los planes de seguro.

Proporcionar una atención de calidad para nuestros pacientes es nuestra preocupación primordial. Estamos más que dispuestos a proporcionar atención dentro de las limitaciones de su seguro.

Si somos desinformados de algún requisito especial en su contrato de seguro no podemos ser responsables de los gastos incurridos por los servicios que hemos solicitado. Los pagos por estos servicios convertirse en su responsabilidad.

Es política de nuestra oficina para recoger co-pagos antes de servicio. Si no puede pagar su porción, tendremos que reprogramar su cita.

Con su cooperación y ayuda, usted debería ser capaz de recibir todos los beneficios que se ofrecen a usted, y nosotros serán capaz de concentrarse en el cuidado de sus necesidades médicas.

Firma del Paciente

Fecha

Testigo

Fecha