

Patient Name:

DOB:



## POLÍTICA/Consentimiento Financiero

Nos comprometemos a proporcionar a nuestros pacientes y sus familias un excepcional cuidado pediátrico. Tenemos un personal en la oficina dedicado a contestar sus preguntas de facturación y seguro médico. Nuestro personal está disponible por teléfono del lunes al viernes de 8:00 am a 5:00 pm. Para preguntas de facturación en inglés o español, póngase en contacto con **Janet al 503-980-1280**.

Nuestra meta es asegurarnos de que usted reciba los máximos beneficios financieros de su proveedor de seguro médico y para asegurarnos que su cuenta sea manejada lo más eficiente posible. Para lograr este objetivo, es importante tener su comprensión y cooperación con nuestras políticas financieras.

**Responsabilidad de la cuenta:** Como el padre o tutor de un niño(a) registrado en Woodburn Pediatric Clinic, usted acepta ser responsable de todos los cargos efectuados por la atención médica de su niño(a). Todo el saldo deberá ser pagado al recibir el estado de cuenta de nuestra oficina. Si siente que su saldo esta incorrecto o tiene dificultades financieras, póngase en contacto con nuestra oficina dentro de los siguientes 14 días. Si su compañía de seguro médico niega o no paga su reclamo dentro de los 45 días después de haberles presentado el reclamo, el saldo se convierte en su responsabilidad. Póngase en contacto con nosotros inmediatamente si usted tiene una disputa o problema con su compañía de seguro médico o cree que su solicitud ha sido denegada por error.

**Pago por servicios:** el balance, se debe de pagar por completo el mismo día del servicio. Aceptamos efectivo, cheques, giros postales y tarjetas de crédito como forma de pago. Si usted está inscrito en un plan de seguro médico con el cual tenemos contrato, nosotros le enviaremos el cobro directamente a su proveedor de seguro médico.

El pago en su totalidad se espera en el momento del servicio para:

- **Los copagos** (usted está obligado a pagarlos y esto es un requerimiento de su proveedor de seguro médico)
- Si nosotros **no** tenemos contrato con su proveedor de seguro médico
- Si **no** tiene seguro médico y no se ha establecido ningún plan de pago con nosotros antes de su visita (abajo, ver la información de las personas sin seguro médico y los descuentos)
- Si **no** podemos verificar su elegibilidad de su seguro médico o no nos ha proporcionado una copia de su nuevo seguro médico

Si su cuenta está atrasada o vencida, tenemos el derecho de enviarla a colecciones y como resultado de esto, usted será responsable de todos los gastos de colección que se generen. Nosotros tenemos el derecho a negarle el servicio a cualquier paciente que haya sido enviado a colecciones.

**Cobertura de seguro médico:** Para proporcionarle servicios médicos a su hijo(a,) tenemos contrato con las compañías de seguro médico. Es su responsabilidad conocer y entender la cobertura de su seguro médico. Nos pondremos en contacto con su compañía de seguro médico, para verificar si usted tiene cobertura, pero **no** somos responsables de obtener cobertura de beneficios. Los pacientes que no tengan seguro médico, si pagan el total de su factura, recibirán un descuento del 30% sobre el monto total. Para los servicios que no estén cubiertos, podríamos pedirle que firme una responsiva.

**Gastos administrativos:** A continuación tenemos una lista de los servicios que cobramos por gastos administrativos. Estos servicios no se le cobran a su compañía de seguro médico y son su responsabilidad.

- **Cobro por citas perdidas** – tenemos una política de cancelación de 24 horas. Si usted tiene varias citas canceladas o citas perdidas le podríamos cobrar \$25.00 "cargo por cita perdida".
- **NSF / Cheques sin fondos** – si su cheque no tiene fondos, le cobraremos una cuota por concepto de gastos administrativos de \$25.00.
- **Solicitud del expediente médico**– si usted necesita para uso personal, una copia completa del expediente médico de su hijo(a), hay una tarifa mínima de \$25.00. Copias de la cartilla de vacunación de su hijo(a) son proporcionados gratuitamente.

Estoy de acuerdo en pagar por todos y cada uno los servicios médicos que mi niño(a) reciba en Woodburn Pediatric Clinic. Entiendo que si mi proveedor de seguro médico se niega a pagar por cualquier razón, estos cobros serán mi responsabilidad. Entiendo y estoy de acuerdo en las políticas anteriores.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor asumiendo responsabilidad financiera.

\_\_\_\_\_  
Fecha: