



Dr. John A. Kotis
Board Certified Plastic Surgeon

Consentimiento de Atencion de Salud

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Yo, por mi, (o el paciente anteriormente nombrado), someto al tratamiento medico y procedimientos diagnósticos necesarios y apropiados para mi condición o enfermedad basada al criterio de mi medico(s), para llevar acabo por el medico(s), asistente de medico(s), enfermera(s) u otro proveedor de atención de salud. Yo tengo y seguire teniendo la oportunidad para discutir las opciones de mi tratamiento con mi proveedor de atención medica, preguntando preguntas acerca las opciones del tratamiento y entender estas opciones

EFFECTOS PERSONALES: Asumo toda la responsabilidad de todos los elementos de propiedad personal que he traído a Plastic & Reconstructive Surgery S.C., y libero a Plastic & Reconstructive Surgery de toda responsabilidad en caso de perdida o danos a dicha propiedad.

Aviso de Confirmacion de las Practicas de Privacidad

El aviso de prácticas de privacidad (NPP) le indica como podemos utilizar y compartir su historia clínica. También describe sus derechos con respecto a su historia clínica. **Por favor lea.**

- Utilizaremos y compartiremos su historia clinica para tratar y cobrar por los servicios que ofrecemos.
- Utilizaremos y compartiremos su historia clinica para ejecutar nuestro negocio.
- Utilizaremos y compartiremos su historia clínica como exige la ley.

Entiendo que el NPP esta disponible en la red (handsugerychicago.com) de Plastic & Reconstructive Surgery Center, SC y en la oficina de mi medico. Yo reconozco que recibe de Plastic & Reconstructive Surgery Center, SC Aviso de Privacidad de Practicas (NPP).

En Caso de Emergencia Contactar:

Nombre	Relacion	Telefono

Mensaje Telefonico y Autorizacion de Contacto

Favor indique apropiadamente.

¿Los medicos y personal de Plastic & Reconstructive Surgery Center, SC tienen su permiso para dejar mensajes que contienen informacion medica y financiera en su **contestador de maquina?**

- A Casa _____ Si _____ No *
- Al Trabajo _____ Si _____ No *
- Al Celular _____ Si _____ No *

SI USTED INDICO "NO", SOLO LA FECHA, LA HORA Y LUGAR DE CITAS SE QUEDARA EN SU CONTESTADOR DE MAQUINA

Favor de completar a continuacion:

Doy autorizacion a los medicos y al personal de PRSC para discutir mi información medica y/o financiera con las siguientes personas:

Nombre	Relacion	Telefono

Firma del Paciente/Firma del Garante: _____ Fecha: _____

Reconocimiento de Recibo de Plastic & Reconstructive Surgery Center, SC
Resumen de Política Financiera

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos con el tratamiento exitoso de su condición médica. Por favor comprenda que el pago se considera parte de su tratamiento. Su entendimiento de nuestra póliza financiera es importante para nuestra relación profesional. Por favor llamar a nuestro departamento de Finanzas si tiene alguna pregunta. Ellos pueden ser contactados al 888-464-7882.

El paciente, o tutor legal, siempre es responsable del pago. En consideración de servicios prestados a usted, el paciente, abajo firmante o garante del paciente, acepta pagar a Plastic & Reconstructive Surgery Center, S.C. por todos los servicios y suministros que se le proporcionaron a usted, (o paciente, según sea el caso) a las tasas establecidas, incluyendo deducibles, co-pagos u otros cargos, en los casos autorizados por terceros pagadores. Con la firma de este resumen de póliza financiera, se responsabiliza de los cobros, incluyendo los honorarios de abogado/ agencia de colección que incurran en la colección de estos cargos de examen, diagnóstico y tratamiento recibido. Además, usted acepta que solo los tribunales que tendrán jurisdicción de cualquier y toda disputa que surja de los términos y condiciones de este acuerdo serán los tribunales ubicados en el condado de Cook, estado de Illinois. Además, usted certifica que la información dada por usted para fines de pago es, lo mejor de su conocimiento, completa y exacta. Usted finalmente es responsable por el pago de todos los servicios.

Adicional:

- ❖ Todos los pacientes deben completar nuestro "paquete de registro de pacientes" y otras formas proporcionados al momento de registrarse.
- ❖ Usted debe proporcionarnos con una identificación con foto válida
- ❖ CO-PAGOS DEBEN SER PAGADOS AL MOMENTO DE LA VISITA.
- ❖ DEBEMOS TENER COPIA DE TODAS LAS TARJETAS DEL SEGURO ACTUALES Y SU COPIA DE SU TARJETA de PRESCRIPCIÓN de DROGA con el fin de facturar a su seguro.
- ❖ **El pago completo es debido en el momento del servicio** si la información del seguro no ha sido proporcionado.
- ❖ Aceptamos efectivo, cheque o tarjeta de crédito (Visa, Master Card, y Discover)
- ❖ Por favor avisenos inmediatamente de cualquier cambio en la información de seguro o la cobertura.
- ❖ Hasta 30 días está permitido por las copias de los registros médicos o los radiografías y puede haber un honorario nominal.
- ❖ PRSC no espera a que la solución de los litigios. Interés de 1% por mes hasta un 9% anual se cobrará a los 60 días. Solo una plan de pago aprobado y autorizado eliminará los cargos por intereses y colecciones. Yo entiendo que soy responsable de todos los costes de la recogida de las cuotas pendientes, incluyendo, pero sin limitarse a, honorarios de abogados, costas judiciales, gastos e intereses incurridos desde la fecha de mi primera consulta con cualquier médico en PRSC.
- ❖ Cualquier equilibrio que no sea pagado en el plazo de 45 días de la fecha de la declaración recibirá un honorario que refactura \$15 cada mes. Las cargas de interés comenzarán a acrecentarse después de 90 días en un índice de el 2%.

_____ (Initial)

Medicare:

Aceptamos asignación de Medicare. Como un paciente de Medicare, usted es responsable solamente por la diferencia aprobado por Medicare y la cantidad que Medicare paga, su deducible y cargos por servicios no cubiertos por Medicare. Si usted tiene seguro suplementario, nosotros mandaremos la factura directamente por usted. Usted recibirá un estado de cuentas después que su seguro aiga pagado.

Auto y Otras Reclamaciones de Lesiones Personales:

Si usted esta aquí como consecuencia de una reclamación de accidente, podemos requerir información sobre su seguro médico y seguro de accidente/auto.

Autorización de Beneficios:

Por la presente otorgo todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos incluyendo beneficios médicos mayores a los que tengo derecho, incluyendo Medicare, o a cualquier otro plan de salud a Plastic & Reconstructive Surgery, S.C. Esta asignación permanecerá en vigor hasta ser revocado por mí por escrito. Una fotocopia de esta asignación se considerará válida como la original. Yo autorizo dicho asignario para revelar toda la información necesaria a las compañías de seguros o cualquier otros servicios incluyendo fracturas, transcripción, sobre mi enfermedad y tratamientos para el fin de garantizar el pago. Entiendo que soy responsable financieramente de los todos los cargos pagados o no pagados por el seguro.

Poliza de No Asistencia

Para tratamiento de manera oportuna y eficiente, se espera que usted asista a todas las visitas programadas. Todas las cancelaciones deben ser al menos 72 horas de anticipación y reprogramadas dentro de la misma semana siempre que sea posible. Habrá un cargo de \$100.00 a todos los pacientes que cancelen sus citas con menos de 48 horas de anticipación al menos que esa cita es reprogramada. Habrá un cargo de \$100.00 a todos los pacientes que no asistan a sus citas programadas. Tres citas consecutivas no asistidas pueden resultar en datos de alta de nuestra práctica. _____ (Initial)

Yo entiendo que si la Oficina acepta mandar la factura al seguro como una cortesía hacia a mí, debo presentar información según sea necesario para garantizar el pago por los servicios prestados a mí. Yo entiendo que soy responsable por el pago de todos los servicios.

Firma del Paciente/Firma del Garante: _____ Fecha: _____