



Maria Rizo M.D., F.A.A.P.  
Kimberly R. Meles, D.O., F.A.A.P.

---

## BIENVENIDOS A ABC PEDIATRICS DE ST LUCIE!

Gracias por escogernos como su proveedor de Cuidado a la Salud. Estamos dedicados a proveerle cuidado de calidad a sus hijos. Lo siguiente es nuestra **POLIZA FINANCIERA** y antes de proveerle ningún servicio, le pedimos que **por favor**, la lea y la firme **como muestra de que ha entendido como funciona nuestra oficina.**

**TODOS LOS PAGOS SON REQUERIDOS AL TIEMPO DE SU VISITA.** Si la Dra Rizo es proveedora para su compañía de seguro, le mandaremos la cuenta a su compañía de seguro y cobraremos solo su copago o la parte que es su responsabilidad como paciente. **ES SU RESPONSABILIDAD INFORMARNOS DE CUALQUIER CAMBIO EN SU SEGURO DE SALUD.** Muchas compañías de seguro tienen un tiempo limitado para submitir una cuenta. **Si nosotros no recibimos la información correcta, usted pudiera ser responsable por el costo total de los servicios recibidos.** \_\_\_\_\_ (iniciales)

En ocasiones, su compañía de seguro necesita información adicional de usted, para poder procesar su cuenta. **Usted debe responder rápido.** Le mandaremos una cuenta con un recordatorio, pidiéndole que contacte la compañía de seguro. Si su cuenta no ha sido pagada por su compañía aseguradora, para el próximo ciclo de pago, **USTED será responsable** por el pago completo y cuando su compañía de seguro pague la cuenta, le daremos un crédito. \_\_\_\_\_ (iniciales)

La Dra Rizo tiene contrato con diferentes compañías de seguro. Por favor, contacte su compañía aseguradora para determinar si nuestra oficina tiene contrato con **SU** seguro. Cualquier parte de la cuenta que sea **"RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE"** como el copago, deducible o servicios no cubiertos por su seguro, **serán colectados EL DIA DE SU CITA** \_\_\_\_\_ (iniciales) Si usted piensa que ya a cumplido con su deducible, por favor traiga su **Explicacion de Beneficios (EOB)** que usted deberá haber recibido de su seguro como prueba de esto. Los copagos son estimados solamente, le mandaremos a cobrar la diferencia o le devolveremos la diferencia, según sea el caso. Si por alguna razón no se colecta su pago el dia de su cita, un cargo financiero será adicionado a su cuenta por cada vez que se le envíe un estado de cuenta \_\_\_\_\_ (iniciales). **Recuerde, su cobertura de seguro es un contrato entre usted y su compañía. La Dra Maria L. Rizo no es responsable por servicios negados por su compañía de seguro.** \_\_\_\_\_ (iniciales)

**PAYMENTS:** Para su conveniencia, aceptamos cash, tarjetas de crédito y cheques personales. Cualquier balance deberá ser pagado en 30 dias. **El segundo estado de cuenta que se le envíe tendrá un cargo adicional de 1.5% de interés por mes.** Si usted experimenta circunstancias ajenas a su control, por favor contacte a nuestra oficina y con gusto estableceremos un plan de pagos. Todo balance que alcance 90 dias sin ser liquidado, pudiera ser mandado a una



Maria Rizo M.D., F.A.A.P.  
Kimberly R. Meles, D.O., F.A.A.P.

agencia de colecciones. **Si su cuenta es mandada a una agencia de colecciones, usted será responsable por todos los cargos legales y de colección que nuestra oficina tenga que incurrir en el proceso de colectar su balance.** \_\_\_\_\_ (iniciales)

**CHEQUES SIN FONDO:** Cheques que sean devueltos tendrán un cargo adicional **de \$30.00**. Usted tendrá 15 días para pagar este cargo mas la cantidad del cheque original, si no paga en el tiempo fijado, su cheque será mandado a una agencia de colección y solo aceptaremos CASH en las visitas futuras.

**CITAS PERDIDAS:** Entendemos que hay ocasiones en las que usted no podrá asistir a una cita. Si usted necesita cancelar su cita o posponerla para otro día **le pedimos que por favor notifique a la oficina 24 horas antes**. Si su cita es hecha para el mismo día, y no puede mantenerla **por favor llame a la oficina con un mínimo de una hora de anticipación**, para que podamos darla a otro paciente. **SI USTED NO CANCELA A TIEMPO, UN CARGO DE \$25.00 SERA ADICIONADO A SU CUENTA. ESTE CARGO NO ES PAGADO POR SU COMPANIA DE SEGURO Y SERA SU RESPONSABILIDAD PAGARLA EN SU PROXIMA CITA** \_\_\_\_\_ (iniciales)

**PEDIDO DE CARTAS O FORMAS:** Hacer cartas o llenar formas especiales requiere tiempo de nuestros empleados y de la Dra. **Requerimos pre-pagar por este servicio**, el cargo será determinado por el largo y la complejidad de la forma o carta. (mínimo cargo será **\$10.00**) \_\_\_\_\_ (iniciales)

**PADRES DIVORCIADOS O SEPARADOS:** Nosotros no somos parte de su arreglo de divorcio o separación, por lo tanto no tomaremos partido de ninguno de los dos lados. **El adulto presente a la cita será responsable por la información adecuada del seguro y pago de la cita.** \_\_\_\_\_ (iniciales)

**USTED** puede designar un miembro de su familia o amigo que este envuelto en el cuidado de su hijo, para que asista a la cita, **pero deberá hacerlo por escrito**. La persona designada por usted deberá ser **mayor de 18 años de edad**. **NO** aceptaremos pacientes de 17 años o menores para una consulta con la Dra sin un adulto. \_\_\_\_\_ (iniciales)

**DIVULGACION DE INFORMACION:** Yo autorizo que se de información de mis hijos de las siguientes maneras:

Fax \_\_\_\_\_ Mensaje en maquina contestadora \_\_\_\_\_ Por correo \_\_\_\_\_

Se Puede proporcionar información de salud a \_\_\_\_\_

Relación al paciente \_\_\_\_\_ Otra persona \_\_\_\_\_



Maria Rizo M.D., F.A.A.P.  
Kimberly R. Meles, D.O., F.A.A.P.

---

Entiendo que pudiera ser necesario divulgar la protección protegida de la salud de mis hijos (HIPPA) a otra entidad de salud o del gobierno, ya bien sea su tratamiento o cuentas pendientes o cualquier otra información y doy permiso para que esa información sea divulgada solo para esos usos \_\_\_\_\_ (iniciales)

Yo autorizo cuidado medico y acepto mi responsabilidad financiera. Autorizo la divulgación medica o cualquier otra información necesaria para el cuidado medico o para procesar beneficios financieros. Testifico que he leído con cuidado la poliza financiera de ABC Pediatrics/ Dra Maria L. Rizo y la entiendo y acepto, también entiendo que esta poliza financiera puede ser revisada sin previo aviso y que tengo el derecho a recibir una copia si asi lo pido.

Firma del Padre/ guardian legal

Date

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **POLIZA DE "NO ABUSO VERBAL"**

At ABC Pediatrics, apreciamos y respetamos nuestros empleados. Creemos que ellos se merecen un ambiente de trabajo libre de abuso físico o verbal. Esperamos que usted los trate con la misma consideración con que le gustaría ser tratado. Abuso no será aceptado y podría ser causa para no aceptarlo en nuestra oficina.

Mi firma indica que estoy dispuesto a seguir la poliza de "no abuso verbal."

Firma del padre/guardian legal

Date

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **PARA PACIENTES NUEVOS**

Como oyeron de nuestra oficina?

Amigo/Pariente \_\_\_\_\_

Referido por St Lucie Medical Center \_\_\_\_\_

Referido por Lawnwood Hospital \_\_\_\_\_

Google \_\_\_\_\_ Pagina de Internet \_\_\_\_\_



Maria Rizo M.D., F.A.A.P.  
Kimberly R. Meles, D.O., F.A.A.P.

---

### AUTHORIZACION PARA DAR TRATAMIENTO AL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

LISTA DE PERSONAS (APARTE DE LOS PADRES) QUE PUEDEN TRAER AL PACIENTE A SU CITA O QUE PODEMOS DAR INFORMACION DE LA SALUD DEL PACIENTE.

\_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE(GUARDIAN): \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*ESTE DOCUMENTO SE VENCE EN SEIS MESES, O CUANDO SE ACTUALIZE SU INFORMACION, SOLO PUEDE CAMBIAR LA INFORMACION A CUALQUIER TIEMPO, LOS PADRES O GUARDIANES DEL MENOR\*\*\*\*\*