**Greater Hartford Podiatry** 580 Cottage Grove Road

 Rafael González, DPM LLC Suite 203

 Bloomfield, CT 06002

 Tel: 860-263-7999

 Fax: 860-216-0664

**CERTIFICACIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE**

Su firma en esta forma representa un acuerdo entre Greater Hartford Podiatry/Rafael González, DPM LLC (**GHP** – proveedor de servicios médicos) y el paciente o representante legal del paciente, quien sea responsable de las facturas por servicios médicos suministrados.

**Los pagos aplicables por servicios médicos se hacen el mismo día de la consulta.**

**SEGURO MEDICO**: Este consultorio le factura a diferentes compañías de seguro por los servicios médicos prestados al paciente. El costo por servicios es la **responsabilidad del paciente** si su seguro médico se niega a pagar dichos servicios.

El paciente o la persona responsable por el paciente tiene que:

* Informar a GHP/Rafael González, DPM LLC de su dirección actual y número de teléfono del paciente y/o la persona responsable del paciente.

* Presentar su tarjeta de seguro médico vigente durante cada visita.
* Pagar el deducible requerido por su seguro y/o deuda por servicios médicos previamente suministrados.
* Este consultorio envía facturas por cargos no cubiertos por su seguro médico y se espera que se paguen dichos cargos un máximo de 30 días después de haber recibido dicha factura.

**En cuanto a los cheques sin fondos o cuentas cerradas.**

Si un cheque escrito por usted o en su nombre rebota por cualquier razón, usted será responsable de la cantidad original del cheque y un cargo de 25.00 dólares. Este consultorio le comunicara al paciente o persona responsable por escrito y dicha persona tendrá 15 días para pagar o se le referirá a una agencia de colección/cobros de deudas. También va a incurrir en un costo de colección de deuda cuando necesario.

**De no pagar su deuda.**

Todas las deudas se deben pagar dentro de 30 días de haber recibido la factura.

El paciente o persona responsable de su deuda con este consultorio entiende y está de acuerdo con que GHP/Rafael González, DPM LLC tiene el derecho a compartir su información personal y de su cuenta para cobrar su deuda por servicios médicos suministrados. Igualmente, entiende que también es responsable de costos adicionales incurridos en los trámites para cobrar dichas deudas.

**CERTIFICACIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE (CONT.)**

**Tardía o ausencia.**

Este consultorio espera que los pacientes lleguen a sus citas a tiempo. Todos los pacientes nuevos deben llegar 15 minutos antes de la hora de su cita para poder procesar/registrar su visita adecuadamente. De llegar tarde, digamos **10 minutos** después de la hora de su cita, **esta será cancelada** y tendrá que hacer una cita nueva.

**Si el paciente o la persona responsable no aparecen para la cita programada o llame para cancelar la cita y/o pierde citas constantemente; el paciente podría incurrir en el costo de $40 dólares, por lo cual, no es cubrido por su seguro medico.**

**Con mi firma en este documento verifico que he leído y he entendido mis responsabilidades contenidas en dicho documento. Igualmente entiendo que soy responsable de y estoy de acuerdo con el contenido de dicho documento.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del paciente Firma Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Persona responsable del paciente Firma Fecha