

## Annual Patient Acknowledgement

Today's Date \_\_\_\_\_

Patient Name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

### Insurance Information Primary Coverage

Insurance Name \_\_\_\_\_ Subscriber ID \_\_\_\_\_

Subscriber's Name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Relationship to Patient \_\_\_\_\_

### Insurance Information Secondary Coverage

Insurance Name \_\_\_\_\_ Subscriber ID \_\_\_\_\_

Subscriber's Name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Relationship to Patient \_\_\_\_\_

#### Advanced Healthcare Directive

Does patient have a current Advanced Healthcare Directive?  Yes  NO

If no, was Advanced Healthcare Directive information offered to the patient?  Yes  NO

#### Consent/Authorization

I hereby consent to and authorize all examinations including physical exams, x-ray, and laboratory procedures and obtaining medical histories from pharmaceutical databases that may be necessary in the judgment of the practitioner for diagnostic purposes. I authorize the release of medical or other information necessary to process my insurance claim.

#### Assignment of Insurance Benefits

The undersigned authorizes, whether he/she signs as agent or as patient, direct payment to Pacific Central Coast Health Centers (PHC) of any insurance benefits payable to, or on behalf of the patient. It is agreed that payment to PHC, pursuant to this authorization, by an insurance company shall discharge said insurance company of any and all obligations under a policy to the extent of such payment. It is understood by the undersigned that he/she is financially responsible for the charges not paid pursuant to this agreement.

#### Financial Policy

- Payment is due for all co-pays, co-insurance, deductibles and non-covered services on the date of service.
- It is your responsibility to know your benefits prior to your visit. Some services and procedures may not be covered by your insurance including preventive care. You are responsible for payment of all non-covered care.
- Amounts due at the time of service are estimates only. Your actual costs may differ.
- Eligibility and benefit confirmation is not a guarantee of payment by your insurance company.
- As a service we will bill all contracted insurance companies for you, however you are responsible for obtaining reimbursement for employer sponsored reimbursement plans.
- Even though you may be covered by medical insurance, you are responsible for the fee. Most insurance companies pay only a portion of the costs.
- For patients who cancel an appointment with less than 24 hours of prior notice or when a patient misses an appointment, a fee of \$25.00 may be charged to the patient. This fee is the patient's responsibility to pay, as it is not payable by insurance companies
- I authorize PHC, its assignees, and third party collection agents to utilize all contact information I have provided to communicate with me. This includes, but is not limited to, home telephone, cellular telephone, employment telephone, and email/text communications. I hereby grant permission and consent to PHC, its assignees, and third party collection agents to place calls to my home telephone, cellular telephone, and employment telephone; leave messages (whether voice or text); and utilize pre-recorded/artificial voice messages and/or automatic dialing devices in connection.

By the signature(s) below, I have read, understand, and agree to the Health Care Directive, Consent/Authorization, Assignment of Insurance Benefits and Financial Policy.

\_\_\_\_\_  
Patient Name (Please Print)

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Name (Please Print)

\_\_\_\_\_  
Patient Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**Confirmación anual del/ de la paciente**

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Nombre del/ de la paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Información del seguro — Cobertura primaria**

Nombre del seguro (o aseguranza) \_\_\_\_\_ N° de carnet del abonado \_\_\_\_\_

Nombre del/ de la abonado/a \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación con el/ la paciente \_\_\_\_\_

**Información del seguro — Cobertura secundaria**

Nombre del seguro (o aseguranza) \_\_\_\_\_ N° de carnet del abonado \_\_\_\_\_

Nombre del/ de la abonado/a \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación con el/ la paciente \_\_\_\_\_

**Instrucciones por anticipado acerca de la atención médica**

¿El/ la paciente tiene instrucciones por anticipado actuales acerca de la atención médica?  SÍ  NO

Si respondió que no, ¿se le ofreció información acerca de las instrucciones por anticipado acerca de la atención médica al/ a la paciente?

SÍ  NO

**Consentimiento o autorización**

Por la presente acepto y autorizo todos los exámenes, incluyendo exámenes físicos, radiografías, y procedimientos de laboratorio y la obtención de historias clínicas de las bases de datos farmacéuticas que sean necesarios para propósitos diagnósticos según el criterio del profesional. Autorizo la divulgación de información médica u otra información necesaria para procesar mi reclamación del seguro.

**Asignación de las prestaciones del seguro**

El/ la que suscribe autoriza, sea al firmar como representante o como paciente, el pago directo a Pacific Central Coast Health Centers (PHC; Centros de Salud de la Costa Pacífica Central, en español) de cualquier prestación del seguro, pagadero al/ a la paciente o de parte de éste/a. Se dispone que el pago que le haga una compañía aseguradora a PHC, en virtud de esta autorización, eximirá a dicha compañía aseguradora de cualquier obligación bajo una póliza dentro del alcance de tal pago. El/ la que suscribe tiene entendido que él o ella tiene la responsabilidad financiera de los cargos que no se paguen en virtud de este acuerdo.

**Normas financieras**

- Se deben pagar en la fecha del servicio, todos los copagos, el coseguro, los deducibles y los servicios que no estén cubiertos.
- Usted tiene la responsabilidad de estar al tanto de sus prestaciones antes de la consulta. Es posible que algunos servicios y procedimientos no estén cubiertos por su seguro, incluyendo la atención preventiva. Usted es responsable de pagar toda la atención que no tenga cobertura.
- Las cantidades pagaderas en el momento del servicio son solamente aproximadas. Es posible que sus costos reales sean diferentes.
- Los requisitos y la confirmación de una prestación no constituyen una garantía de pago por parte de su compañía aseguradora.
- Como un servicio, facturaremos por usted a todas las compañías aseguradoras contratadas; sin embargo, usted es responsable de obtener los reembolsos de los planes de reembolso patrocinados por el empleador.
- Aunque puede ser que usted esté cubierto/a por un seguro médico, usted es responsable del cargo. La mayoría de las compañías aseguradoras pagan solamente una porción de los costos.
- Para aquellos/as pacientes que cancelen una cita con menos de 24 horas de anticipación o cuando a un(a) paciente se le pase una cita, puede que se le haga un cargo de \$25.00 al/ a la paciente. El/ la paciente es responsable de pagar este cargo, ya que no lo pagan las compañías de seguros.
- Autorizo a PHC, sus cesionarios y agentes de cobranza que sean terceras partes, para utilizar toda la información de contacto que he proporcionado para comunicarse conmigo. Esto incluye, entre otros, el teléfono de mi domicilio, mi teléfono celular, el teléfono de mi empleo y las comunicaciones por correo electrónico y texto. Por la presente le otorgo mi permiso y consentimiento a PHC, sus cesionarios y agentes de cobranza que sean terceras partes, para hacer llamadas al teléfono de mi casa, a mi teléfono celular y al teléfono de mi empleo; para dejar mensajes (ya sea de voz o texto); y en relación con lo mismo, para utilizar mensajes grabados de antemano y con voz artificial y/o dispositivos de marcación automática.

Al firmar a continuación, indico que he leído, entiendo y acepto *las Instrucciones por anticipado acerca de la atención médica*, el *Consentimiento o autorización*, la *Asignación de las prestaciones del seguro*, y las *Normas financieras*.

Nombre del/ de la paciente (en letras de molde o imprenta)

Nombre del padre/ de la madre o tutor(a) (en letras de molde o imprenta)

Firma del/ de la paciente

Fecha

Firma del padre/ de la madre o tutor(a)

Fecha