

# J. Richard Lilly, M.D., A.B.F.P., & Associates, P.C.

## REGISTRACIÓN DE PACIENTE – Por favor ESCRIBA con claridad

nombre de paciente primero		segundo		apellido		fecha de nacimiento	edad
dirección			Num. de apt.	ciudad		estado	código postal
ocupación	num. de Seguro social		estado civil	sexo M F	teléfono de casa	celular	
empleador	dirección				teléfono de trabajo		
nombre de esposo/a o padres			teléfono de esposo/a o padres		teléfono de trabajo esposo/a o padres		
dirección de esposo/a o padres							
contacto de emergencia			relación a paciente		teléfono de casa	teléfono de trabajo	
referido por:				c-electrónico:			

## INFORMACIÓN DE SEGURO

nombre de compañía de seguro (PRIMARIA)		co-pago \$	numero de identidad		grupo / código
dirección de seguro			seguro social del miembro		día de efectividad
nombre del miembro		sexo M F	teléfono de casa		teléfono de trabajo
dirección del miembro			fecha de nacimiento del miembro		relación a paciente
nombre de compañía de seguro (SECUNDARIA)		co-pago \$	numero de identificación		grupo / código
dirección de seguro			seguro social del miembro		día de efectividad
nombre del miembro		sexo M F	teléfono de casa		teléfono de trabajo
dirección del miembro			fecha de nacimiento del miembro		relación a paciente

## PÓLIZA DE PAGO DE CUENTOS MÉDICOS / AUTHORIZACIÓN DE PACIENTE

*Autorizo el pago directamente a J. Richard Lilly, Dr. en Medicina, A.B.F.P., y Socios, P.C., de todo los beneficios de seguro por otra parte pagadero a mi para servicios dados. Entiendo que soy financieramente responsable para todos los gastos, sean o no sean pagado por el seguro, y para todos los servicios dados de mi parte o de parte de mis dependientes.*

*He examinado el aviso de la práctica de las prácticas de privacidad para la información en cuanto al uso de la práctica de la información protegida de asistencia médica.*

*Autorizo al susodicho doctor y / o cualquier abastecedor o proveedor de servicios en esta oficina para liberar cualquiera información requerida para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma o una copia en todas las sumisiones de seguros.*

Firma: X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Account #:	Entered By:	Appt with Dr.:
------------	-------------	----------------

# INFORMACIÓN DE SEGURO PARA UN ACCIDENTE DE AUTO

nombre del paciente: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

¿Estuvo usted en su vehículo en el momento del accidente?      Sí      No

¿Era usted el conductor o el pasajero en el vehículo? \_\_\_\_\_

## PROPIETARIO DEL VEHÍCULO EN EL CUAL OCCURIÓ EL ACCIDENTE

nombre del propietario: \_\_\_\_\_

dirección: \_\_\_\_\_ teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## SEGURO DE AUTO DEL VEHÍCULO QUE TUVO EL ACCIDENTE

nombre de seguro de auto: \_\_\_\_\_

dirección de compañía de seguros: \_\_\_\_\_

num. de póliza: \_\_\_\_\_ num. de reclamo: \_\_\_\_\_

nombre del ajustador: \_\_\_\_\_ teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿El dueño de este vehículo tiene protección para heridas personales?      Sí      No

¿Había otro vehículo implicado en el accidente?      Sí      No

**Si es había otro vehículo, complete lo siguiente:**

nombre del conductor de ese vehículo: \_\_\_\_\_

dirección del conductor: \_\_\_\_\_

nombre del propietario del vehículo: \_\_\_\_\_

dirección del propietario del vehículo: \_\_\_\_\_

## SEGURO DE AUTO DEL PROPIETARIO DEL OTRO VEHÍCULO

nombre de seguro: \_\_\_\_\_

dirección: \_\_\_\_\_

num. de teléfono: \_\_\_\_\_ num. de póliza: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL ABOGADO

nombre: \_\_\_\_\_

dirección: \_\_\_\_\_ teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## SU SEGURO DE SALUD PRIVADA

nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ num. de póliza: \_\_\_\_\_

dirección de seguros: \_\_\_\_\_

nombre del tenedor de póliza: \_\_\_\_\_ relación al tenedor de póliza \_\_\_\_\_

# INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE DE AUTO

nombre del paciente: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

fecha del accidente: \_\_\_\_\_ hora: \_\_\_\_\_

lugar del accidente: \_\_\_\_\_

descripción del accidente: \_\_\_\_\_

## RESULTADOS DE COLISIÓN

1. ¿Perdió usted la conciencia?      Sí      No

2. ¿Fue capaz de salir del coche y caminar por si misma inmediatamente después del accidente?      Sí      No

3. ¿Chocó alguna parte de su cuerpo con cualquiera parte del coche?      Sí      No  
En caso afirmativo, explique:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ¿Cuáles fueron sus síntomas físicos inmediatos?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. ¿Recibió tratamiento médico después del accidente?      Sí      No

**En caso afirmativo:**

a. ¿Cómo llegó usted al lugar de tratamiento? \_\_\_\_\_

b. ¿Se toman rayos X?      Sí      No

c. El tratamiento recibido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## A NUESTRAS PACIENTES FEMENINAS

¿Está usted embarazada?      Sí      No

¿Existe la posibilidad de que esté usted embarazada?      Sí      No

Si usted queda embarazada durante el curso del tratamiento debe informar a su médico.

Por favor inicial que ha leído la información anterior. \_\_\_\_\_  
(iniciales)

**Asignación y autorización**

Proveedor de atención médica **J. Richard Lilly, MD, ABFP, Chartered**  
5804 Baltimore Avenue  
Hyattsville, MD 20781  
(Oficina Principal)

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

Usted está autorizada a revelar y / o aportar a mi abogado / compañía de seguro \_\_\_\_\_ cualquiera y toda la información médica, registros y facturas en su posesión, (incluyendo cualquiera y toda la información médica, los registros y las cuentas provenientes de cualquier proveedor de atención médica), que solicitan en relación con alguna enfermedad y las heridas sufridas por mi parte o de parte de mis dependientes incluyendo pero no limitado a las heridas sufridas en \_\_\_\_\_. La autorización para obtener los registros médicos y la información contenida en este párrafo vence un año después de esta fecha, menos que sea extendido o renovado por mí.

Yo aún asignar a usted irrevocablemente, y autoriza y da instrucciones que los abogados pueden pagar de las ganancias de cualquier ingreso de fondos que se recuperen en mi caso todos los honorarios razonables por los servicios prestados por usted, incluyendo los honorarios para la preparación y el testimonio, como consecuencia de la herida o enfermedad hasta ahora mencionada. Entiendo que esto de ninguna manera alivia mi obligación primaria personal de pagar por esos servicios y que la firma de este formulario no prohíbe la facturación habitual por parte de su oficina. Todas las facturas deberán ser pagadas inmediatamente de la manera habitual.

Se entiende además que el estatuto de limitaciones en este estado es de tres (3) años a partir del momento en que se realizaron dichos servicios y entiendo que debido a los retrasos en el juicio de expedientes, muchos casos no son juzgados o liquidados hasta una fecha que está más allá de los tres (3) años después de que se realizaron el servicio final. Por causa de esto, estoy de acuerdo de que el estatuto de limitaciones con respecto a cualquiera reclamación por los servicios antes mencionados, no comenzará a correr hasta que hay una negación por escrito por parte de nosotros de cualquier saldo que se afirma que se debe y está debido a Ud. por mí.

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_  
Testigo: \_\_\_\_\_  
Relación al paciente: \_\_\_\_\_

El abogado que suscribe para el paciente antes mencionado se compromete a cumplir plenamente con lo expuesto "autorización y asignación" y se compromete a asesorar al profesional de la salud nombrado por escrito el estado de la reclamación del/ de la paciente dentro de los diez (10) días de la solicitud. Me comprometo a informar al médico si dejo de representar el cliente.

Nombre del abogado: \_\_\_\_\_  
Nombre de la firma: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Firma del abogado: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

# RESPONSABILIDAD DEL PAGO

Yo entiendo que tengo una obligación personal y primaria para pagar para todos los servicios médicos cuando se llevar a cabo y estoy de acuerdo para pagar todas sus facturas inmediatamente. Además, entiendo que, aunque Richard J. Lilly, MD & Associates puede rendirse una cuenta a mi compañía de seguros para el pago como un servicio para mí, este servicio no me exime de mi responsabilidad personal de asegurar que la compañía de seguros hace que el pago de acuerdo a los términos de mi póliza. Soy consciente de que el reembolso /pago del seguro no puede cubrir el saldo total por los servicios médicos que recibí. Yo comprometo pagar cualquier saldo pendiente en mi cuenta. También me comprometo pagar todos los gastos y honorarios legales incurridos con el propósito de recolectar el pago de un saldo pendiente en mi cuenta, si así lo estiman necesario. Además, me comprometo a pagar los intereses (en el 1 ½% por mes) en el saldo de mi cuenta pendiente, si este equilibrio se extiende más allá de treinta (30) días siguientes del recibo de la factura. Estoy de acuerdo en pagar los honorarios adicionales y / o los costos incurridos con el fin de cobrar los pagos de mi cuenta si el balance se extiende más allá de ciento veinte (120) días, incluyendo todos los gastos legales y judiciales en mi(s) cuenta(s). Yo renuncio a mis derechos bajo la estatua de limitaciones de Maryland si la reconciliación de mi cuenta se extendió más allá de tres (3) años después de la fecha de servicio.

paciente / persona responsable: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN DE SEGURO

### AUTORIZACIÓN DE CESIÓN

Por la presente autorizo Richard J. Lilly, MD, & Associates para solicitar los beneficios de mi compañía de seguros en mi nombre para los servicios cubiertos por Richard J. Lilly, MD, & Associates. Por último, yo autorizo la entrega de cualquiera información médica u otra información necesaria para procesar los reclamos presentados a mi compañía de seguros.

paciente / persona responsable: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN DE PAGO

Yo autorizo el pago directamente a Richard J. Lilly, MD, & Associates.

paciente / persona responsable: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

### SEGURO DE MEDICARE SOLAMENTE

Por la presente autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí para entregar a la administración de financiación de la salud y sus agentes, toda la información para determinar los beneficios pagaderos por servicios relacionados. También autorizo a Richard J. Lilly, MD & Associates para investigar el estatus de no-pago de mi cuenta con Medicare.

paciente / persona responsable: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

Por favor, tenga en cuenta de que hemos encontrado que la mayoría de los operadores de seguros tienen pocos o ningunos beneficios para el equipo médico (eslingas, frenos, etc.), por lo tanto, tenemos que cobrar la tasa por el equipo en el momento del servicio. Los apoyos hechos a medida están parcialmente cubiertos por algunas compañías de seguros. En el momento de la medición para los apoyos hechos a medida, nos pondremos en contacto con su compañía de seguro para verificar la cobertura y le dará una estimación de nuestra responsabilidad. Gracias por su cooperación. \_\_\_\_\_

(Iniciales)

# PÓLIZA FINANCIERA

La siguiente información se proporciona para evitar cualquier malentendido o desacuerdo sobre el pago por servicios profesionales.

- El pago inmediato nos permite controlar los costes. Cuentas pendientes cuestan nosotros dos nuestro tiempo y dinero, por lo tanto, todos los pacientes se deben establecer mecanismos financieros para el pago de su cuenta a través de un abogado, compañía de seguros responsable, o el pago directamente del paciente en el momento del servicio.
- Todas las cuentas de los pacientes se deben pagar dentro de los 30 días de servicios prestados. Como una cortesía nuestra práctica se establecerá un plan razonable de pagos mensuales para satisfacer sus necesidades o factura a la compañía de seguros de la que nos proporcionan, como la parte responsable de su herida. Si el pago de esta empresa no se paga dentro de los 30 días, el paciente será responsable y será facturado por estos servicios. Está en su mejor interés para ayudar a esta oficina para obtener el pago directamente de la compañía de seguros o los proveedores, de modo que su responsabilidad financiera personal es limitado. Si un abogado lo representa a usted, por favor, dé a esta oficina que la información y un contrato de cesión se hará con el abogado para asegurar que las facturas serán pagadas en el momento de la liquidación.
- Cabe mencionar que la cobertura de su seguro es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros de automóvil, la compañía de su empleador del CMI, o la compañía de seguros del lugar en el que resultaron sus heridos. Es su responsabilidad de efectuar el pago de gastos no cubiertos por su reclamo. Usted tendrá que pagar por los servicios en el momento de la visita o establecer por escrito los acuerdos financieros con nuestra práctica hasta que su problema de seguros se ha resuelto.
- Cada mes recibirá un estado de cuenta mensual por los servicios que se deben pagar en 30 días. Si usted está experimentando una serie de circunstancias fuera de su control, por favor llame a nuestra oficina y estaremos encantados de hacer arreglos especiales.
- Todos los pacientes que se niegan a efectuar el pago después de 60 días desde la notificación y sin seguro pendiente o un acuerdo financiero nos obligan a limitar su crédito en el futuro hasta que el saldo anterior está pagado en total o un acuerdo financiero por escrito se llevan a cabo. Todos los pacientes tendrán que firmar un acuerdo legal por escrito con nuestra práctica para aliviar cualquiera delincuencia actual.
- Por favor, infórmenos inmediatamente si un error aparece en el comunicado.
- Nuestra práctica está convencido de que una relación buena entre médico / paciente se basa en la comprensión y la comunicación abierta. He dado instrucciones a nuestros empleados para hacer todo lo posible a su disposición para aclarar cualquier malentendido que pudiera tener sobre el saldo. Esperamos que se evite posiblemente cualquier desacuerdo sobre el pago por servicios profesionales. Si usted tiene alguna pregunta sobre nuestra póliza o si necesita ayuda, póngase en contacto con nosotros inmediatamente.

Gracias,  
el equipo administrativo

---

firma del paciente:

fecha: