

PALM BEACH CARDIOLOGY CENTER

CONSULTATIVE & INTERVENTIONAL CARDIOLOGY

Board Certified in Cardiology & Interventional Cardiology

EDWARD MOSTEL, M.D., F.A.C.C.
STEVEN C. KESSEL, M.D., F.A.C.C.
MORTEZA TAVAKOL M.D., F.A.C.C.
ROMEDRUDE FAUSTIN, APRN-C

HTWE H. SEIN, M.D., F.A.C.C.
CYRUS KAVASMANECK, M.D.
ROBIN J. HAHNER, MPH, P.A.-C.

Autorización de por vida:
Medicare y Medicaid

Certifico que la información que se me proporcionó al solicitar el pago bajo el Título XVIII y / o el Título XIX de la Ley del Seguro Social es correcta, y solicito que dicho pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Entiendo que soy financieramente responsable por los deducibles, coseguro y servicios no cubiertos de mi seguro médico. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social o sus proveedores intermediarios, cualquier información necesaria para este o un reclamo de Medicaid relacionado. Por la presente, cedo irrevocablemente el pago a Palm Beach Cardiology Center y, de lo contrario, me pagarán a mí.

Fecha

Firma del Paciente

Autorización para pagar
beneficios:
*** Debe firmar ***
si tiene seguro

Entiendo que Palm Beach Cardiology me ayudará a presentar mi reclamo a mi compañía de seguros (si es un proveedor de ese seguro). Por la presente autorizo el pago directamente a Palm Beach Cardiology, de otro modo pagadero a mí, por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por los deducibles, coseguro y servicios no cubiertos de mi seguro médico

Fecha

Firma del Paciente

Cargos adicionales
**** Debe firmar ****

Cargo por perder la cita: Entiendo que tengo la obligación de ayudar en el manejo de mi atención médica y hacer todo lo posible para asistir a todas las citas. Acepto que faltar a citas y cancelar menos de 24 horas antes de las citas puede resultar en un cargo de \$ 25.00 que no está cubierto por mi póliza de seguro y será mi responsabilidad.

Cuenta delinqua: Acepto el pago del cargo de \$ 50.00 en caso de que mi cuenta se coloque en cobranza a los 120 días.

Fecha

Firma del Paciente

Consentimiento para obtener
Historial de medicamentos
**** Debe firmar ****

Entiendo que para obtener recetas de Palm Beach Cardiology, se requiere mi historial de recetas. Esto ayudará a brindarme la atención al paciente más segura disponible.

Farmacia que usa _____

Dirección _____

Fecha

Firma del Paciente