



**PREMIER FOOT & ANKLE  
SPECIALIST OF TEXAS**

**Elizabeth Fernandez, DPM & Bruce A. Scudday DPM**

1700 Curie Drive, Suite 4000  
El Paso, TX 79902  
(915) 533-5151

1576 Lomaland Drive  
El Paso, TX 79935  
(915) 995-1650

1400 George Dieter, Suite 230  
El Paso, TX 79936  
(915) 533-5151

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Estado Civil: Casado(a) Viudo(a) Soltero(a) Separado(a)

Telefono de Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Direccion de Correo Electronico \_\_\_\_\_

**Empleador** \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_

Telefono de su Trabajo \_\_\_\_\_

**Persona Responsable de la Cuenta** \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_

Relacion con el/la paciente \_\_\_\_\_

**A QUIEN PODEMOS DARLE LAS GRACIAS PRO REFERIRLO CON  
NOSOTROS?**

\_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono del contacto de emergencia \_\_\_\_\_

## INFORMACION MEDICA

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Bienvenidos a nuestra oficina. Esta informacion es importante para nuestros medicos y su salud. Complete esta informacion de la manera mas completa posible.

Cual es el problema principal en el pie o tobillo (especifique el izquierdo o el derecho)?

\_\_\_\_\_

Cualquier otro problema de pie o tobillo que necesite atención:

\_\_\_\_\_

Ha visto a otro podólogo u otro medico por su(s) condición(es) actual(es)? Si es así, indique el nombre de los médicos y cuando se realizo la evaluación / tratamiento.

\_\_\_\_\_

Usa plantillas, aparatos ortopédicos o aparatos ortopédicos personalizados? SI o NO

Cual es su altura? \_\_\_\_\_ Peso? \_\_\_\_\_

Cual es su numero de zapato? \_\_\_\_\_ Ancho? \_\_\_\_\_

Nombre de medico familiar o internista \_\_\_\_\_ Fecha de la ultima vez que lo vio \_\_\_\_\_

Médicos especialistas: Tipo \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Tipo \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

**Nombre de Farmacia** \_\_\_\_\_ **Direccion** \_\_\_\_\_

**Numero de Telefono** \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS

Indique los nombres y las dosis de todos los medicamentos (tanto recetados como venta libre) que este tomando actualmente. (\_\_\_) Marque esta casilla si actualmente NO toma ningún medicamento

---

---

---

---

**HISTORIAL MEDICO**

Ha tenido alguna enfermedad grave? En caso que si, explíquelo porfavor \_\_\_\_\_

Marque si tiene o ha tenido un problema con cualquiera de los siguientes:

- |                        |                           |                          |
|------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Diabetes (tipo) _____  | Pulmones _____            | Coágulos de sangre _____ |
| Corazón _____          | Hígado _____              | Riñones _____            |
| Tiroides (tipo) _____  | Úlceras Estomacal _____   | Flebitis _____           |
| Artritis _____         | Cáncer(tipo) _____        | Tuberculosis _____       |
| Murmullo _____         | Hipertensión _____        | Vejiga _____             |
| SIDA/VIH _____         | Piel _____                | Anemia _____             |
| Gota _____             | Psicológico _____         | Epilepsia _____          |
| Circulación _____      | TDAH _____                | Soriasis _____           |
| Depresión _____        | Crohn/SI _____            | Fibromialgia _____       |
| Derrame Cerebral _____ | Artritis Reumatoide _____ |                          |

Para las mujeres: Estas embarazada o amamantando? SI o NO

**ALERGIAS**

Es alérgico o sensible a alguno de los siguientes (marque con un circulo) Explique la reacción que obtiene a la sustancia ofensiva.

(\_\_ ) Marque esta casilla si NO TIENE ALERGIAS CONOCIDAS A DROGAS

- |            |            |       |          |         |         |
|------------|------------|-------|----------|---------|---------|
| Penicilina | Morfina    | Cinta | Sulfa    | Látex   | Codeína |
| Aspirina   | Neosporina | Yodo  | Betadine | Micinas |         |

Otras (por favor liste: \_\_\_\_\_

Tiene reacciones adversas a algún metal, joyería o alergia/sensibilidad al níquel? SI o NO

**CIRUGIAS:** Liste todas las cirugías/procedimientos que se le hayan realizado. incluya cuando, donde y que procedimientos quirúrgicos. (\_\_ ) Marque esta casilla si nunca se ha sometido a una cirugía.

---

---

---

---

Alguna vez ha tenido una reacción o complicación a causa de la anestesia o la cirugía? Si es así explique. (\_\_\_) Marque esta casilla si NO ha tenido complicaciones por anestesia o la cirugía.

---

---

---

**HISTORIA TRAUMATICA:** Alguna vez ha tenido lesiones GRAVES, accidentes o huesos rotos? Si es así, indique cuando, su tratamiento y el resultado.

---

---

**HOSPITALIZACIONES:** Alguna vez ha sido hospitalizado por algún motivo? Si es así, indique cuando donde y porque motivo. (\_\_\_) Marque esta casilla si NUNCA ha estado hospitalizado.

---

---

---

**HISTORIA FAMILIAR:** Marque con un circulo si alguno de los miembros de su familia tiene o tuvo alguno de los siguientes:

Diabetes      Cáncer(tipo) \_\_\_\_\_      Enfermedad cardiaca      Hipertensión

Problemas en los pies      Artritis Reumatoide      Soriasis      Gota      Artritis

Charcot Marie Tooth

### **HISTORIA SOCIAL**

Tu ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Numero de hijos \_\_\_\_\_

Cafeína SI NO      Cuantas tazas por dia \_\_\_\_\_

Fuma SI NO      Cuantos paquetes por dia \_\_\_\_\_

Fumo anteriormente ? SI NO Cuantos paquetes por dia \_\_\_\_\_ por cuantos años \_\_\_\_\_

Año que dejo de fumar \_\_\_\_\_

Usa tabaco sin humo o tabaco de mascar ? SI NO frecuencia/cantidad \_\_\_\_\_

Bebe alcohol? SI NO

Como describiría su forma de beber?? Encierre en un circulo los que apliquen:

Social          Ligero          Moderado          Intenso          Atracones          Rara vez  
Nunca

Usa drogas recreativas / ilícitas? SI NO Tipo:  
\_\_\_\_\_

Participa en una programa de deportes o ejercicio? SI NO Explique que tipo  
\_\_\_\_\_

Estamos dedicados a brindarle la mejor atención y servicio posibles. Un elemento esencial de su atención y tratamiento es comprender sus responsabilidades financieras. Si tiene alguna pregunta sobre las políticas, discútalas con nuestro gerente de oficina y / o personal de recepción

### **SEGURO DE SALUD**

Estamos contratados con la mayoría de los planes de seguro para aceptar la asignación de beneficios. Nuestra oficina archivara su visita con la compañía de seguros y solo cobrara su copago, deducible y /o coaseguro cuando corresponda. Tenga en cuenta: Nuestro contrato con su compañía de seguros requiere que cobremos su copago en cada visita.

Si tiene cobertura de seguro con un plan con el que no tenemos un acuerdo previo, el cargo por su atención y tratamiento vence al momento del servicio. En caso de que su plan de salud determine que un servicio "no esta cubierto", usted será responsable por el cargo completo. El pago vence al recibir el estado de cuenta de esta oficina.

### **REFERENCIAS Y AUTORIZACIONES**

Es su responsabilidad obtener una referencia y/o autorización valida de su medico de atención primaria cuando así lo requiera su compañía de seguros.

### **Incapacidad, formularios de seguro, registros médicos y copias de radiografías**

Hay un cargo de \$25.00 por formulario, para completar formularios de seguros y discapacidad, Envíelas por correo, o déjelas en la recepción junto con su pago. Los formularios no se completaran hasta que se reciba el pago. Por favor, espere al menos 3 al 5 días hábiles para completar el formulario. Le llamaremos una vez que hayamos completado su solicitud. Hay una tarifa de \$25.00 por copiar radiografías y / o registros médicos.

### **Reabastecimiento de medicamentos**

Los Reabastecimientos de medicamentos recetados por su medico deben obtenerse llamando a su farmacia para solicitar el reabastecimiento. No llame a la oficina, ya que esto solo resultara en llamadas telefónicas adicionales para usted. Los reabastecimientos no se aprueban después del horario laboral normal, los fines de semana o los días



---

FIRMA

---

FECHA

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

RECONOZCO QUE EL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD ESTABA DISPONIBLE Y QUE HE LEIDO (O TENGO LA OPORTUNIDAD DE LEER SI ELIJO) Y ENTIENDO EL AVISO.

---

NOMBRE DEL PACIENTE

---

FECHA

---

PADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

---

FIRMA

Lea y firme este formulario. Este formulario nos ayudara a recibir el pago por su vista / servicios y nos permitirá comunicarnos con las compañías de seguros.

Cedo el derecho al pago de los beneficios médicos directamente a Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez y Dr. Bruce A Scudday en consideración por los servicios y suministros médicos que se me brindan de conformidad con mi plan de seguro medico.

En caso de que mi plan de seguro medico se niegue a pagar o los servicios necesarios y razonables desde el punto de vista medico, también cedo todos mis derechos de ERISA a Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez y Dr. Bruce A Scudday para una revisión de todas y cada una de las reclamaciones denegadas, incluidas las sanciones que pueden imponerse a la compañía de seguros por infracciones en el proceso de reclamos. esta asignación de ERISA es en consideración por los servicios no remunerados proporcionados, en consideración por mi.

El programa de tarifas reducidas del plan de seguro y en consideración a la disposición continua de Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez y Dr.

Bruce A Scudday para atender a pacientes, incluyéndome a mi, por asignación de seguro. Entiendo que si mi médico tratante prevalece en cualquier disputa de pago, puedo ser responsable de cualquier copago aplicable por los servicios en disputa.

Doy mi consentimiento para divulgar información médica Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez y Dr. Bruce A Scudday divulgando información médica a otros proveedores de mi atención médica con el propósito de tratamiento cuando sea necesario, para mi atención. Doy mi consentimiento para que Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez y Dr. Bruce A Scudday envíe toda la información médica necesaria a mi plan de seguro.

\*ERISA es un acrónimo de la Ley de Seguridad de ingresos de Jubilación de Empleados. que incluye leyes federales que requieren que las compañías de seguros procesen las reclamaciones de seguro presentadas y las reclamaciones de seguros apeladas (denegadas) de acuerdo con las regulaciones ERISA. El hecho de no procesar las reclamaciones de seguro presentadas y las reclamaciones de seguro apeladas (denegadas) de acuerdo con las regulaciones de ERISA puede resultar en multas cobradas a la compañía de seguros por montos de hasta \$110.00 por día por cada infracción.

Nombre del paciente en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_

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

Entiendo que HIPPA protege mi historia clínica y confidencialidad. También impide que las prácticas médicas compartan información médica sobre mí y mi atención en muchas situaciones (a menudo, incluido el intercambio de información con mi familia /amigos) Por la presente doy mi consentimiento para compartir información con respecto a mi atención médica por parte de Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez y Dr. Bruce A Scudday las siguientes personas y / u organizaciones (enumere

todas y cada una de las personas a las que da permiso de uso para brindar información sobre su atención, sus resultados de análisis / laboratorio, y / o condición).

---

---

---

Firma del Paciente

---

Fecha de la Firma

### **Selección de foro exclusivo y acuerdo de elección de ley**

Al firmar este formulario (el "Acuerdo"), yo, como paciente o representante del paciente, acepto todo lo siguiente en nombre del paciente y de todos los herederos y beneficiarios del paciente:

1. Estoy de acuerdo en que toda la atención médica brindada (o no brindada) al paciente por el especialista, Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez y Dr. Bruce A Scudday (incluidos todos los empleados, contratistas y representantes) se registrará exclusivamente por la ley de Texas y no la de ningún otro estado o nación extranjera. En ningún caso se aplicará la ley de ningún otro estado o nación extranjera a la atención médica brindada (o no brindada).
2. Acepto que cualquier disputa, demanda, causa de acción y otro reclamo que se relacione de alguna manera con la atención médica brindada (o no brindada) al paciente se presentará solo en un tribunal de Texas en el condado o distrito en el que todos o prácticamente todos los servicios de atención médica se prestaron (o deberían haberse prestado).
3. Estoy de acuerdo en no presentar en los tribunales de ningún otro estado ninguna disputa, demanda causa de acción u otro reclamo que se relacione con la atención médica prestada (o no prestada).
4. Entiendo que este Acuerdo se aplica a todos los reclamos que surjan de o estén relacionados con la atención médica brindada (o no brindada) al paciente por Premier Fot. and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez y Dr. Bruce A Scudday

5. Entiendo que la elección de la ley y las disposiciones de selección de foro de este Acuerdo son obligatorias, no permisivas.

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de la Firma

\_\_\_\_\_  
Firma y nombre de la persona que completa el formulario (si no es el paciente)

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

### **DIVULGACIONES**

De conformidad con la Sección 102.006 del Código de Ocupaciones de Texas en relación con mi consentimiento informado y la elección personal de médicos e instalaciones basadas únicamente en la calidad y seguridad de la atención, la reputación de satisfacción del paciente y mi conocimiento en la toma de decisiones en el ejercicio de mis derechos con respecto a la cobertura dentro o fuera de la red y los costos compartidos, mi(s) medico(s) tratante y / o clínica / centro me lo han informado en el momento del contrato inicial y en el momento de la remisión con respecto a la elección de un medico o centro únicamente en el interés de la calidad y seguridad de mi atención medica. Como resultado de mi consentimiento informado y elección personal de médicos e instalaciones:(A) su afiliación, si la hubiera, con el medico o la instalación para la que se deriva al apaciente y (B) que el/ ella recibirá, directamente o indirectamente, remuneración por referirme a mi solicitud y ejercer mis derechos de libertad de elección para el (los) proveedor(es) y /o centro bajo la cobertura dentro o fuera de la red según lo provisto por mi plan de salud, de conformidad con todas las leyes federales y estatales aplicables, Medicare, ERISA, PPAZA y la Sección 102.006 del Código de Ocupaciones de Texas. Las pautas disciplinarias de la junta Medica de Texas consideran que el hecho de que el titular de la licencia no revele un interés de propiedad en las instalaciones de atención medica a las que el titular de la licencia refiere a sus pacientes es un conducta poco profesional, pero no proporciona una guía específica sobre como los médicos deben hacer tales revelaciones. 22 Código de administración de Texas 190.8(2)(H). La Asociación Medica de Texas también ha expresado sensibilidad a los posibles conflictos de interés de propiedad en las instalaciones de atención medica. (Un) Medico propio y operar un centro de atención medica(es decir, farmacia, centro quirúrgico, etc) si no hay explotación resultante de los pacientes. Además, cualquier remuneración o retorno de la inversión debe basarse en el porcentaje de inversión de capital del medico y no en la

utilización, o el volumen o valor de las derivaciones de pacientes a una instalación en particular. No es poco ético que un medico recupere su inversión en una instalación de este tipo y obtenga una tasa de rendimiento razonable (consulte las opiniones actuales de la Asociación Medica de Texas la junta de consejeros. "Propiedad de instalaciones de salud, pagos de incentivos y conflictos de intereses" .2012)

La Asociación ha recomendado que los médicos que tienen intereses de propiedad en instalaciones de atención medica sigan las siguientes pautas: El Medico tiene la obligación ética afirmativa de recelar su propiedad de una instalación de salud a su paciente, antes de la admisión o utilización. Si lo solicita, un medico debe proporcionar al paciente una lista de instalaciones alternativas, si están disponibles, e informar al paciente que tiene las opciones para utilizar una de la instalaciones alternativas.

A continuación, se enumeran las inversiones / propiedad actuales de nuestros médicos o los acuerdos de consultaría en instalaciones o empresas relacionadas con salud:

Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez y Dr. Bruce A Scudday

Certifico que fui informado de las inversiones / propiedad y / o acuerdos de consultoría de los médicos en las instalaciones relacionadas con la salud mencionadas anteriormente. Se me informo sobre las instalaciones y recursos alternativos efectivos disponibles en el momento de mi toma de decisiones y mi opción de elegir un recurso / instalación alternativo (incluidas las instalaciones dentro y fuera de la red). Certifico que he leído y comprendo completamente esta Divulgación y que puedo hacer copias de este formulario si así lo deseo.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del Paciente:

\_\_\_\_\_  
FDN \_\_\_\_\_

Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez y Dr. Bruce A Scudday, se compromete a servir a nuestros pacientes con profesionalismo y cuidado, y de nuestros pacientes esperamos el mismo compromiso. Esto incluye llegar a tiempo a su cita y llamar para cancelar una cita si no puede asistir. También incluye presentar su tarjeta de identificación y tarjetas de seguro en CADA cita y hacer sus pagos de copago o deducible en el momento de su visita al consultorio con efectivo o tarjeta de crédito.

Su responsabilidad es proporcionarnos información precisa y completa sobre su dirección y numero de teléfono actuales. Como cortesía, Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez y Dr. Bruce A Scudday facturara su seguro primario y su seguro secundario por usted.

Para los servicios fuera de nuestra clínica, como radiología laboratorio, centro de cirugía fisioterapia, hospitales y centros de rehabilitación, es su responsabilidad saber que instalación de utilizar. Si no esta seguro, hable con los servicios para miembros de su seguro.

Para todos los pacientes de Seguros: Firma del Paciente padre tutor: autorizo que se realice el pago en mi nombre a Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez y Dr. Bruce A Scudday, por cualquier servicio que me brinde por mi proveedor. Autorizo a mi proveedor a proporcionar a la Administración de Financiamiento de la Atecion Medica y sus agentes cualquier información necesaria para determinar mis beneficios.

Entiendo que mi firma autoriza que se realice el pago para pagar mi reclamo. Mi firma también autoriza la proporción de la información medica necesaria para pagar mi reclamo. Mi firma también autoriza proporción de los beneficios pagaderos y la información medica necesaria para pagar a cualquier pagador de seguro secundario.

Nombre y Numero del seguro primario del Paciente:

---

Nombre y Numero del seguro secundario del Paciente:

---

He leído y comprendo las políticas financieras de Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez y Dr. Bruce A Scudday y acepto la responsabilidad de los honorarios de atención medica asociados.

Firma del Paciente Padre / Tutor:

---

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

### **Contrato de Responsabilidad Financiera del Paciente**

**Por Favor lea, ponga sus iniciales en cada espacio en blanco y firma donde se indica: este documento describe sus responsabilidades financieras.**

Este es un contrato legalmente vinculante entre Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez y Dr. Bruce A Scudday y usted. Las Palabras, yo , mi, usted y todos ustedes se refieren al paciente.

\_\_\_\_\_(iniciales) Acepto ser financieramente responsable del pago de Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez y Dr. Bruce A Scudday efectivo o las tarjetas de crédito son formas de pago aceptables para estos servicios.

\_\_\_\_\_(iniciales) Deben presentarse tarjetas de seguro vigentes en cada visita al consultorio. Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez y Dr. Bruce A Scudday no es responsable de presentar su reclamo de seguro, pero como cortesía lo haremos. Acepto pagar el saldo restante después de que mi seguro haya pagado mi reclamo inmediatamente después de recibir un estado de cuenta.

\_\_\_\_\_(iniciales) Acepto proporcionarle Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez y Dr. Bruce A Scudday mi información de seguro completa y precisa para los beneficios del seguro primario y secundario, incluidos los documentos de referencia de otros proveedores, si es necesario. Entiendo que si no doy información completa y precisa sobre los beneficios de mi seguro, esto puede resultar en la denegación de mi reclamo o en una demora en el pago. Acepto pagarle a Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez y Dr. Bruce A Scudday el saldo de mi cuenta después de que se haya procesado mi reclamo de seguro.

\_\_\_\_\_(iniciales) Acepto que si el beneficio de mi seguro requiere que proporcione una referencia y si la referencia no esta en su lugar antes de mi cita, pagare por adelantado una estimación de los cargos por mi visita al consultorio o reprogramare mi cita.

\_\_\_\_\_(iniciales) **Entiendo que seré responsable por cualquier cita perdida o cualquier cita cancelada en la que no se haya dado un aviso de 24 horas. Habra una penalidad de \$30.00 por cualquier visita al consultorio perdida y \$50.00 por cualquier procedimiento de consultorio perdido.**

\_\_\_\_\_(iniciales) Entiendo que todos los servicios que me brinda Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez y Dr. Bruce A Scudday se consideran médicamente necesarios; si no me realizo un procedimiento o no cumpla con las instrucciones de mi proveedor, puede ir en contra del consejo medico y puede anular mis beneficios de seguro. Si esto ocurre, acepto pagar el saldo restante de mi cuenta después de que se haya procesado mi seguro.

\_\_\_\_\_(iniciales) Entiendo que mi seguro puede o no estar de acuerdo con los cargos habituales, acostumbrados o razonables en mi área local.

\_\_\_\_\_(iniciales) Entiendo que mis beneficios pueden no cubrir todos los servicios o pueden negar el pago de los servicios que han sido aprobados por adelantado. Acepto pagar el saldo restante de mi cuenta después de que se haya procesado el seguro.

\_\_\_\_\_(iniciales) Si tengo una póliza de deducible alto o actualmente no tengo beneficios de seguro, acepto pagar un estimado de los cargos por mi visita al consultorio por adelantado y entiendo que pueden aplicarse otros cargos.

\_\_\_\_\_(iniciales) Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez y Dr. Bruce A Scudday tienen un contrato con mi compañía de seguros. Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez y Dr. Bruce A Scudday recibirá pagos de mi compañía de seguro por los servicios cubiertos proporcionados por los beneficios de mi seguro. Acepto pagar copagos o deducibles al momento del servicio. Si no se hacen copagos en el momento del servicio, entiendo que mi cita puede ser reprogramada.

\_\_\_\_\_(iniciales) Si mi cuenta se vuelve delinciente al no pagar. Puede ser enviada a una agencia de cobranza externa sin previo aviso. Si esto sucede, seré responsable de todos los costos de cobro, incluidos, entre otros, los intereses, las tarifas de facturación, los honorarios de abogados y los costos de la agencia de cobranza. Cualquier cuenta sin pagar se puede informar a la agencia de crédito. esto no cierra su cuenta y usted sigue siendo responsable del saldo de la cuenta.

### **ASIGNACION DE BENEFICIOS**

Por la presente autorizo el pago directo de los beneficios médicos, incluidos los beneficios médicos a los que tengo derecho a Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez y Dr. Bruce A Scudday. Esta es una CESION DIRECTA DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que yo la cancele por escrito. Una copia de esta autorización es tan válida como el documento original.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para obtener el pago y entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, recargos por cuenta sin pagar, intereses honorarios de abogados y cargos de cobranza considerados responsabilidad del paciente por mi compañía de seguros. Entiendo que si no estoy asegurado, soy responsable de los cargos de todos los servicios que se me brindan. Autorizo a Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez y Dr. Bruce A Scudday a depositar los cheques recibidos en mi cuenta cuando estén a mi nombre.

He leído y entiendo las políticas financieras de Premier Foot and Ankle specialist of Texas Dr. Elizabeth Fernandez y Dr. Bruce A Scudday y acepto la responsabilidad del pago de cualquier tarifa asociada con mi atención médica.

Firma del Paciente / Padre/ Tutor:

---

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