



**Guillermo Salinas, M.D.**  
F.A.C.C., F.S.C.A.I.

**Jeremy Enslein, D.O.**  
F.A.C.C.

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

TELEFONO DE CASA: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ PAIS: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL DOCTOR DE FAMILIA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SEGURO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE POLIZA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA DEL SEGURO SI ES DIFERENTE AL PACIENTE: \_\_\_\_\_

RELACION AL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SEGURO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE POLIZA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA DEL SEGURO SI ES DIFERENTE AL PACIENTE: \_\_\_\_\_

RELACION AL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

YO AUTORIZO AL DR. GUILLERMO SALINAS LLEVAR A CABO LOS PROCEDIMIENTOS Y EL TRATAMIENTO. INCLUYENDO LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS Y ANESTESICOS LOCALES, ASI COMO OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y MEDICOS QUE PUEDAN SER NECESARIOS. YO AUTORIZO EL PAGO DIRECTO AL DR. GUILLERMO SALINAS LAS PRESTACIONES DE SEGUROS DE CUALQUIER OTRO MODO PAGADERO A MI. YO ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE POR EL PAGO COMPLETO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR EL DR. GUILLERMO SALINAS SI NO ESTOY CUBIERTO POR EL SEGURO DEL PLAN. YO SOY RESPONSABLE DE LOS GASTOS NO CUBIERTOS, LOS CO-PAGOS Y CO-SEGUROS QUE NO ESTEN CUBIERTOS POR LA COMPAÑIA DE SEGUROS. YO AUTORIZO EL PAGO DE CUALQUIER BENEFICIO ASIGNADO AL DR. GUILLERMO SALINAS. 222 RIDGE RD. SUITE 203, MCALLEN, TX 78501.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
FECHA





**Guillermo Salinas, M.D.**  
F.A.C.C., F.S.C.A.I.

**Jeremy Enslein, D.O.**  
F.A.C.C.

### **POLIZA FINANCIERA**

GRACIAS POR ELEGIR RGV CARDIOLOGY, PLLC COMO SU PROVEEDOR DE ATENCION DE SALUD. ESTAMOS COMPROMETIDOS A PROPORCIONAR LA MAXIMA ATENCION POSIBLE EN UN AMBIENTE COMPASIVO. LO SIGUIENTE ES UNA DECLARACION DE NUESTRA POLIZA FINANCIERA QUE ESPERAMOS LEA Y CONSIDERE CUIDADOSAMENTE.

### **SOBRE LOS SEGUROS**

SU POLIZA DE SEGURO ES UN CONTRATO ENTRE NOSOTROS Y LA COMPANIA DE SEGUROS. NOSOTROS NO SOMOS PARTE DEL CONTRATO, PERO COMO MUESTRA DE NUESTRA CORTESIA, ENVIAMOS EL COBRO DEL SEGURO POR USTED A SU NOMBRE POR LAS VISITAS CON RGV CARDIOLOGY, PLLC. TENGA EN CUENTA QUE ALGUNOS DE LOS SERVICIOS PRESTADOS NO PUEDEN SER CUBIERTOS POR SU PLAN Y QUE USTED SERA 100% RESPONSABLE DE ESTOS CARGOS. EN CUANTO A LOS PLANES DE SEGURO DONDE ESTEMOS CON UN PROVEEDOR PARTICIPANTE, TODOS LOS CO-PAGOS Y DEDUCIBLES DEBEN PAGARSE EN EL MOMENTO DEL TRATAMIENTO. ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES, MASTERCARD, VISA Y AMERICAN EXPRESS.

### **MEDICARE**

RGV CARDIOLOGY, PLLC PARTICIPA EN MEDICARE. VAMOS A PRESENTAR SU RECLAMACION DE SEGURO PRIMARIO POR USTED COMO CORTESIA. TAMBIEN VAMOS A PRESENTAR LOS RECLAMOS A LA ASEGURADORA SECUNDARIA. SIN EMBARGO, USTED DEBE TRAER TODA LA INFORMACION NECESARIA Y FIRMAR UN DOCUMENTO DE INFORMACION Y ASIGNACION DE BENEFICIOS DE FORMA.

### **USO Y COSTUMBRE DE LOS CARGOS**

NUESTRA PRACTICA SE COMPROMETE A PROPORCIONAR EL MEJOR TRATAMIENTO PARA NUESTROS PACIENTES Y COBRAMOS LO QUE ES USO Y COSTUMBRE DE NUESTRA AREA GEOGRAFICA, DETERMINACION ARBITRARIA COMPANIA DE SEGUROS. USTED ES RESPONSABLE DEL PAGO, INDEPENDIEMENTE DE CUALQUIER NO CONTRATO DE USO Y COSTUMBRE DE LAS TASAS.

### **REPROGRAMACION DE CITAS**

SI USTED NO MANTIENE SU HORARIO DE CITA, POR FAVOR LLAME AL MENOS 24 HORAS DE ANTICIPACION PARA REPROGRAMAR SU CITA.

GRACIAS POR LA COMPRESION DE NUESTRA POLIZA FINANCIERA. POR FAVOR LLAMENOS SI TIENE ALGUNA PREGUNTA.

HE LEIDO Y ESTOY DE ACUERDO CON ESTA POLIZA FINANCIERA.

FIRMA DE PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

FECHA

---

---