



# Pediatric Gastroenterology & Nutrition of Tampa Bay

Thiru S. Arasu, M.D. Rosa J. Cuenca, M.D.  
Shivinder Narwal, M.D.  
*Pediatric Gastroenterologist*

3003 W. Dr. Martin Luther King Jr. Blvd.  
Tampa, Florida 33607

Tampa Phone: (813) 870-4438 Fax: (813) 870-4153  
Brandon Phone: (813) 324-2613 Fax: (813) 324-2614

*Kristin Phillips, A.R.N.P. \* Melissa Berner, A.R.N.P. \* Toni Glatchak, A.R.N.P. \* Kelly Terranova, P.A.*

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

PADRE /MADRE O GUARDIAN: \_\_\_\_\_

*\*\*\*Al firmar debajo, reconozco que he leído y entiendo las pólizas impuestas por la práctica. \*\*\**

### **CO-PAGOS Y BALANCES PENDIENTES EN CUENTA:**

Son colectados antes de prestar un servicio. Este cargo ha sido determinado por su seguro médico para servicios prestados y será colectado antes de cada visita. Balances pendientes en cuentas deberán ser pagadas en su totalidad o un plan de pago deberá ser gestionado a través del Departamento de Cuentas a Cobrar.

### **LABORATORIOS Y/O RAYOS X:**

Cuando el médico o enfermera ordenan laboratorios y/o rayo-x, es importante que usted obtenga estos en seguida. Esto permitirá tiempo para repasar los resultados antes de su cita. Si ellos no son completados en tiempo, usted será sujeto de cancelar esa cita hasta que todos los resultados sean hechos. Requerimos que todos los pacientes vuelvan para una cita con nuestros médicos y/o enfermeras para recibir los resultados de cualquier laboratorio y/o rayo-x. Esto es necesario de modo que nuestros médicos puedan contestar cualquier pregunta que usted pueda tener de su niño, como hablar de cualquier futuro planes y/o opciones de tratamientos con usted.

### **CITAS Y CANCELACIONES:**

Si usted tiene una cita con nuestra oficina y es incapaz de atender, usted debe dar a nuestra oficina 24 horas de aviso antes de la cita, y así nosotros podemos dar la cita a otro niño necesitado. En el caso de que no pueden dar aviso 24 hora antes, por favor de a nuestra oficina una llamada de cortesía lo antes posible. Si no recibimos una llamada de cancelación a par hacer otra cita, usted será responsable de pagar \$25.00. Si usted tiene un procedimiento y no es cancelado con 24 horas de anticipación, usted será responsable for \$50.00 por no cancelar. Esto no es cubierto por su compañía de seguro y debe ser pagado ante de la próxima cita. Después de que falte la tercera (3) cita, no vamos ofrecer la asistencia médica para su niño.

### **CARGOS POR CHEQUES DEVUELTOS:**

Si recibimos un cheque devuelto de su banco debido a fondos se suficiente dinero, cuentas cerradas, etc.... usted será encargado de los honorarios administrativos de \$35.00. Estos honorarios y cualquier balance tendrán que ser pagados ante de su próxima cita. Por favor note que esto no es cubierto por su compañía de seguros.

### **COLECCIONES SOBRE CUENTAS:**

Si su cuenta es colocada con una agencia de colección debido al no pago para cualquier balance de garante, usted será responsable de cualquier gasto asociado con estos esfuerzos de colecciones. El coste podría incluir el porcentaje de colección para honorarios de abogado/corte que pueden aplicarse.

### **CARGOS POR LLENAR FORMULARIOS:**

Habrà un cargo mínimo de \$25.00 por llenar formularios. El pago por el cargo debe ser pagado antes de que el documento(s) sea enviado de vuelta, recogido personalmente o enviado via fax. Cargos para documentación de FMLA, Short Term or Long Term Disability (papeles para incapacidad) será de \$35.00. Para documentos de escuela para (Homebound) el cargo es \$25.00.

### **HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: (Marque el cuadro de comprobación)**

Si  No En conjunto con su farmacia podemos tener acceso electrónico a todas las medicinas que toma el paciente. Esto nos ayuda a poder evitar cualquier complicación entre medicamentos. Además podemos saber que otras medicinas el paciente esta tomando recetadas por otro médico.

### **FOTOGRAFÍAS DE PACIENTES: (Marque el cuadro de comprobación)**

Si  No Apruebo que una foto sea tomada para el expediente del paciente.

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_