



TARJETA DE CRÉDITO REGISTRADA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

El propósito de esta forma es para autorizar Sonoran Orthopaedic Trauma Surgeons, PLLC (SOTS) a guardar un número de tarjeta de crédito válida en el archivo para usted como nuestro paciente. Esta forma será confidencial y sólo el personal autorizado tendrá acceso a la información.

Su tarjeta de crédito proporcionada se cobrará SOLAMENTE en las siguientes circunstancias:

1. SOTS se reserve el derecho a cobrar la tarjeta de crédito a continuación para todos los saldos actuales de los pacientes, incluyendo co-pagos, deducibles, coaseguro y gastos no permitidos por su compañía de seguros. Un recibo será enviado a su dirección actual en el archivo. Este aviso sirve como un consentimiento para ser cobrado por todos los saldos corrientes del paciente en su cuenta. Si usted no puede pagar la cantidad total adeudada, un plan de pago será organizado y su tarjeta se cargará mensualmente para la cantidad acordada.
2. Si recibimos aviso que un pago se devuelve a nosotros por cualquier razón, SOTS se reserva el derecho a cobrar la tarjeta de crédito que aparece debajo una cuota de \$30 por un cheque devuelto, además de una cuota de procesamiento de \$25. Un recibo será enviado a la dirección actual en el archivo. Este aviso sirve como su consentimiento a ser cobrado por cualquier pago devuelto.
3. Si usted, como el paciente, solicita su historial médico, nosotros le proporcionaremos a usted, mediante solicitud por escrito, una copia de su registro. SOTS se reserva el derecho de cobrar nuestro honorario de \$50 para proporcionarle una copia de su registro. Este aviso sirve como su consentimiento para ser cobrado por la solicitud de los registros médicos.
4. Si usted como el paciente recibe un honorario por servicio, esto incluye cualquier procedimiento, suministros y otros servicios no cubiertos por su seguro y que te ofrece SOTS, nosotros, SOTS, reservamos el derecho a cobrar la tarjeta de crédito que se indica a continuación para el costo de los servicios prestados.
5. Aparte de las condiciones mencionadas anteriormente, SOTS bajo NINGUNA circunstancia cobrará su tarjeta de crédito por cualquier cosa no discutido con usted personalmente. En conjunción con las regulaciones de HIPPA, toda la información de tarjetas de crédito se mantendrá confidencial dentro de su registro médico electrónico en nuestra oficina. Sólo el personal autorizado podrá tener acceso a esta información.

Reconocido, Acordado y Aceptado:

Habiendo leído este formulario y hablado con el personal, mi firma a continuación reconoce que yo voluntariamente doy mi autorización y consentimiento para proporcionar la información solicitada para mi tarjeta de crédito para ser cobrada en consecuencia por las condiciones mencionadas anteriormente.

Firma de Paciente

Fecha

Firma de Personal

Fecha

NOMBRE COMO APARECE EN LA TARJETA DE CRÉDITO: _____

DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN: _____

AMEX/DISCOVER/VISA/MASTER CARD#: _____

FECHA DE EXPIRACIÓN: _____ / _____ **CODIGO DE VERIFICACIÓN -** _____