



Formularios para pacientes

Gracias por elegir a Daniel Bell DPM, PA como su proveedor de podología.

Encontrará adjunta la nueva documentación del paciente. Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en comunicarse con el Coordinador de pacientes nuevos.

Para ayudar a agilizar su tratamiento, garantizar su privacidad y presentar correctamente sus reclamos de seguro, le pedimos que lea detenidamente la siguiente información y proporcione la identificación requerida.

1. Proporcione a nuestra oficina su tarjeta de seguro correcto (primario, secundario y terciario) y una identificación con foto, como una licencia de conducir u otra identificación con foto. Se requiere que estos elementos se presenten en el momento del registro.

Proporcione sus registros médicos más recientes, que incluirán inmunizaciones, vacuna contra la gripe, vacuna contra la neumonía, documentación sobre la insuficiencia renal, pruebas de sangre para la diabetes (HBA1C) y documentación física anual, informes de imágenes e imágenes relacionadas con su afección. Si su PCP (médico de atención primaria) lo derivó a nuestra oficina, contáctelos para solicitar que presenten cualquier registro médico y / o informes de imágenes a nuestra oficina. Si es un cliente auto referido, obtenga los registros médicos relacionados con su afección y tráigalos a su cita o pídales por fax (954-432-9446). Es su responsabilidad asegurarse de que estos registros se entreguen a nuestro médico.

2. Es su responsabilidad hacer un seguimiento y asegurarse de que se obtenga una autorización para cualquier visita al consultorio, incluida su consulta inicial, si su seguro requiere dicha autorización. Esto se obtendría de su PCP (médico de atención primaria). Asegúrese de que su PCP tenga su información de seguro correcta cuando solicite una cita en nuestro centro. Si no se obtiene y se requiere una autorización, puede incurrir en tarifas de sus visitas o tiene que reprogramar su cita para otro día o tiempo.

3. Finalmente, puede llegar el momento en que requiera formularios médicos y / o de seguro adicionales para que los complete nuestra oficina. Pueden incluir, entre otros, Formularios de Incapacidad, Formularios de Compensación para Trabajadores, Declaración del Médico que Asiste, formularios de Ausencia de Ausencia, etc. Esto no se aplicará a la mayoría de los pacientes. Sin embargo, para acomodar estas solicitudes, será necesario revisar el cuadro, el tiempo del personal y los recursos de la oficina. Por lo tanto, se aplicará una tarifa razonable por dichos servicios. Los formularios no se completarán hasta que se reciba esta tarifa.

4. Se hará todo lo posible para completar estos formularios dentro de un plazo de 7 a 10 días hábiles desde el momento en que se recibe la tarifa. Tenga en cuenta que si el proveedor está fuera de la oficina puede haber un retraso mayor. Esto solo se aplicaría para completar y completar los formularios antes mencionados y NO para completar la documentación adjunta que recibió como paciente nuevo en nuestras instalaciones.

Llegue a su cita programada 15 minutos antes de la hora de su cita y traiga la documentación completa que recibió de nuestra oficina, tarjetas de seguro e identificación con foto. Tenga en cuenta que se REQUIERE identificación con foto y tarjetas de seguro en el momento de la cita. Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto con esta oficina. Gracias por elegir a Daniel Bell DPM, PA. Para ayudarnos a ayudarlo durante su visita al consultorio, revise y use los siguientes formularios.

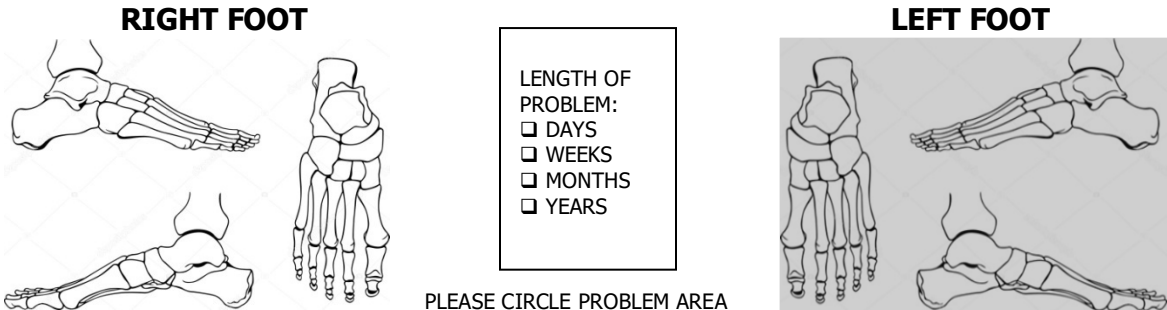
NUEVOS PACIENTES

El "Paquete para pacientes nuevos" contiene formularios que deberá completar en su primera visita. Descargue los formularios y proporcione la información solicitada. En el momento de la inscripción también se le pedirá que presente su licencia de conducir y tarjetas de seguro para su verificación.

PAQUETE NUEVO PACIENTE INCLUYE:

Carta de bienvenida; Información demográfica; Historia médica pasada; Enfermedades; Aviso de prácticas de privacidad; Política financiera del paciente; Formulario de consentimiento del paciente; Formulario de Autorización de HIPAA; Dependiendo del seguro, puede haber formularios adicionales como Doctors Lien; Asignación de beneficios de seguro

PATIENT INFORMATION		DATE:	
Patient's last name: <i>(Apellido)</i>		First <i>(Nombre):</i> Middle <i>(Segundo):</i>	
Birth date: <i>(Fecha de Nacimiento.)</i> Age <i>(Edad):</i>		Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female SSN: <i>(Numero de Social Seguridad)</i>	
Phone#: <i>(Numero de Telefono)</i> Cell#: <i>(Numero de Cellular)</i>		Email <i>(Correo electronico):</i>	
Street Address <i>(Direccion):</i>		Apt/Unit# <i>(Apartamento):</i>	
City <i>(Ciudad):</i>		State <i>(Estado):</i>	Zip Code:
Employer <i>(Empleador):</i>		Employer phone <i>(Telefono Trab.):</i>	
Referred by <i>(Referido por)</i>			
Drivers License <i>(Numero de Licencia):</i>			
INSURANCE INFORMATION		IS THIS PERSON COVERED BY INSURANCE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Primary Doctor Name <i>(Doctor primario):</i>			
Phone Number <i>(Numero de Telefono):</i>		Fax no. <i>(Telefono de fax)</i>	
Person responsible for bill <i>(Persona responsable de cuenta):</i>		Phone <i>(Telefono):</i>	
Address if different from above <i>(Direccion diferente de arriba):</i>		Birth Date <i>(Fecha de Nac.):</i>	
Primary Insurance <i>(Seguro del primario):</i>		Secondary Insurance <i>(El nombre de seguro secundario)</i>	
IN CASE OF EMERGENCY			
Name <i>(Contacto de emergencia):</i>		Relationship <i>(Relacion):</i>	
Home Phone <i>(Telefono de casa)</i>		Work Phone <i>(Telefono Trab)</i>	



The above information is true to the best of my knowledge. I authorize my insurance benefits to be paid directly to the physician. I understand that I am financially responsible for any balance. I also authorize Daniel Bell DPM, PA or insurance company to release any information required processing my claims.

Patient/ Guardian signature *(El paciente / Firma de guardian)*

Date *(Fecha):*



PAST MEDICAL HISTORY HISTORIA MÉDICA

Patient Name (Nombre del Paciente): _____

Current Medications List: (Actual lista de medicamentos)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Are you currently taking any of the following? (¿Está tomando alguna de las siguientes?)

- Echinacea Garlic Ginger Gingko Biloba St. John's Wort
 Ginseng Kava kava Feverfew Ephedra

Allergies (Alergias):

- Penicillina Sulfamidas Aspirina Codeina Iodo/pescado Cinta Anestesia Latex

MEDICATION ALLERGIES:

Alergias a los medicamentos

FOOD ALLERGIES:

Alergias alimentarias

ENVIRONMENTAL ALLERGIES:

Alergias ambientales

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PREVIOUS INJURIES:

Lesiones anteriores

PREVIOUS SURGERIES:

Cirugías previas

PREVIOUS HOSPITALIZATIONS:

Hospitalizaciones previas

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Patient/Guardian Signature: _____ **Date:** _____
(Firma del paciente) (Fecha)



ILLNESSES
ENFERMEDADES

Patient Name (Nombre del Paciente): _____

<p>Major diseases: ENFERMEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Angina de pecho <input type="checkbox"/> Ataque al corazón <input type="checkbox"/> Arrhythmia <input type="checkbox"/> Murmullo <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <p>Arthritis: ARTRITIS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Osteoarthritis <input type="checkbox"/> Rheumatoid <input type="checkbox"/> Gout <input type="checkbox"/> Sero-negative <p>Respiratory: RESPIRATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Bronchitis <input type="checkbox"/> Frecuentes enfermedad <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Falta de aliento <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Emphysema 	<p>Heent:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Problema del ojo <input type="checkbox"/> Problemas de audición <p>Vascular:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Sickle Cell <input type="checkbox"/> Trastornos de sangrado <input type="checkbox"/> Malas condiciones <input type="checkbox"/> El dolor de la pierna al caminar <input type="checkbox"/> Problemas en las venas <input type="checkbox"/> Arañitas <input type="checkbox"/> Venas varicosas <input type="checkbox"/> Hinchazón Flebitis <input type="checkbox"/> Ulceraciones de la pierna <input type="checkbox"/> Los coágulos de sangre <input type="checkbox"/> Transfusiones <p>Psychological: PSICOLOGICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Psiquiátricos <input type="checkbox"/> Farmaco Dependencia <input type="checkbox"/> Dependencia de alcohol 	<p>Gastrointestinal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ulcers <input type="checkbox"/> Trastornos intestinales <input type="checkbox"/> Problemas de estómago <input type="checkbox"/> GI or Sangrado Rectal <input type="checkbox"/> Hiatal Hernia <input type="checkbox"/> Reflujo Acido (GERD) <p>Miscellaneous: MISCELÁNEO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides <input type="checkbox"/> Enfermedad del Músculo <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones <input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga <p>Other: OTRAS</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--	---

SOCIAL HISTORY:

Single (Soltero) Separated (Separado) Married (Casado) Divorced (Divorciado)

Occupation (Ocupación): _____ Alcohol: _____ oz/day/week

Athletic Activities (Actividades deportivas): _____ Tobacco: _____ pks/d for _yrs

FAMILY HISTORY (Historia de Familia):

Maternal (Madre): _____

Paternal (Padre): _____

Patient/Guardian Signature: _____ **Date:** _____
(Firma del paciente) (Fecha)



NOTICE OF PRIVACY PRACTICES **PATIENT ACKNOWLEDGEMENT** **(RECONOCIMIENTO DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE)**

Patient Name (Nombre del Paciente): _____

He recibido el aviso de esta práctica de las prácticas de la privacidad escritas en lengua llana. El aviso proporciona detalladamente las aplicaciones y los accesos de mi información protegida de la salud que se pueden hacer por esta práctica, mis derechos individuales y los deberes legales de la práctica con respecto a mi información protegida de la salud. El aviso incluye:

- A declaración que esta práctica es requerida por la ley de mantener la privacidad de información protegida de la salud.
- A declaración que esta práctica es requerida de habitar por los términos del aviso actualmente en efecto.
- Tipos de aplicaciones y de los accesos que esta práctica se permite de hacer para cada uno de los propósitos siguientes: tratamiento, pago y operaciones del cuidado médico del paciente.
- A descripción de cada uno de los otros propósitos para los cuales esta práctica está permitido o requerido para utilizar o para divulgar la información protegida de la salud mía sin mi consentimiento o autorización escrita.
- A descripción de aplicaciones y accesos se prohíben que son materialmente limitado por la ley.
- A descripción de otra aplicaciones y accesos que serán hechos solamente con mi la autorización escrita y que se pueden revocar con tal autorización.
- Mis derechos individuales con respecto a la información protegida de la salud y a una breve descripción en lo referente de cómo puedo ejercitar a estos derechos:
 - El derecho de quejarse a esta práctica y a la secretaria de HHS si creo que mi a privacidad se ha violado, y que ningunas acciones vengativas será utilizada contra mí en caso de tal queja.
 - El derecho de solicitar restricciones en ciertas aplicaciones y accesos de mi información protegida de la salud y que esta práctica no está requerida de convenir una restricción solicitada.
 - El derecho de recibir comunicaciones confidenciales de la información protegida de la salud.
 - El derecho de examinar la copia de información protegida de la salud.
 - El derecho de modificar la información protegida de la salud.
 - El derecho de recibir una contabilidad de accesos de la información protegida de la salud.
 - El derecho de obtener una copia de papel del aviso de las prácticas de la privacidad de esta práctica a petición.

Esta práctica reserva el derecho a cambiar estos términos de la privacidad y hacer nuevas provisiones eficaces para toda la información protegida de la salud que mantiene. Entiendo que puedo obtener el aviso actual de las prácticas de privacidad a petición.

Patient/Guardian Signature: _____ **Date:** _____
(Firma del paciente) (Fecha)



PATIENT FINANTIAL POLICY **(Poliza Financiera del Paciente)**

Patient Name (Nombre del Paciente): _____

Su comprension de nuestras politicas financieras es un elemento esencial de la atencion y el tratamiento. Si usted tiene alguna pregunta, por favor hable con nuestro personal de oficina o supervisor.

- Como nuestro paciente usted es responsable de todas las autorizaciones / refferidos necesarios para buscar tratamiento en la oficina de Daniel Bell DPM, PA.
- A menos que otros arreglos se hagan en avanso por usted, o su compania de seguros pague por este servicio de oficina que se deben en el momento y el dia de los servicios Aceptaremos VISA, MASTER CARD o en efectivo. **NO ACCEPTAMOS CHEQUES.**
- Su poliza de seguro es un contrato entre usted y su compania de seguro. Como cortesia, vamos a presentar su reclamo de seguro para usted si asigna los beneficios para el medico. En otras palabras, usted acepta que su compania de seguro pague a Dr. Bell directamente. Si su compania de seguros no paga la practica en un plazo razonable, tendremos que hacerlo a usted responsable de el pago.
- Hemos hecho previos arreglos con ciertos seguros y otros planes de salUd para aceptar una asignacion de beneficios. Vamos a facturar esos planes con los que tenemos en un acuerdo y solo sera necesario que usted pague el coseguro, el copado o en deducible en el momento del servicio.
- Si usted tiene cobertura de seguro con un plan que no es parte de la red, nosotros prepararemos y mandaremos una reclamacion por su base sin asignar. Esto quiere decir que su seguro le mandara un pago directo a usted. Por lo cuanto, todos los cargos de su tratamiento y cuidado tendran que ser pagados al tiempo de el servicio por usted.
- Todos los planes de salud no son iguales y no cubren los mismos servicios. En el evento que su plan de seguro determinara si los servicios no estan cubiertos, o si no tiene autorizacion, si eso pasa usted sera responsable por el pago completo. Nosotros intentaremos de verificar los beneficios por servicios de especialistas o refferido, por lo tanto usted sera responsable por los cargos de cualquier servicio hecho. Los pacientes son responsable de contactar a su seguro medico para clarificar los beneficios y si el Dr. Daniel Bell esta en su red de seguro previo a la visita.
- Usted tiene que informar a la oficina de todo cambio de seguro y requerimiento de auorizacion o referido. En el evento de que la oficina no sea informada, usted sera responsable por cualquier cargo que sea negociado por su seguro medico.
- Por el servicio proveido por el hospital, nosotros mandaremos la factura a su seguro medico. Cualquier balance que haiga es su responsabilidad de el paciente.
- Hay algunos procedimientos quirurgicos por los cual requieren pre pagos. Usted sera informado en avance si su procedimiento es uno de esos. En ese evento, pago tendra que ser una semana antes de el dia de la sirugia.
- Cuentas que estan tarde en pago seran mandadas a colleccion. Todos los costos uncluyendo pero no limitados a los honorarios de colleccion honorarios de abogados y corte seran su responsabilidad en adicion a su balance el dia de su visita.
- El Dr. Daniel Bell D.P.M carga \$25.00 por falta de cancelacion de cita antes de las 24 horas del servicio. El balance sera agregado a su proxima visita o si no tiene otra visita con nosotros se le mandara por correo.
- Si usted tiene un equilibrio en su cuenta, le enviaremos las cargas de una demostración de la declaración mensual y cualquier pago o crédito aplicados a su cuenta. A menos que otros arreglos sean aprobados por nosotros en la escritura, el equilibrio en su declaración es debido y pagadero cuando se publica la declaración, y es atrasado si no pagado antes de fin de mes. Cuentas no pagadas a tiempo seran mandada a una agencia de collecciones que le va a cobrar su balance de la oficina, mas un 35% del balance sera agregado a su cuenta.
- **SUBJECTO A CAMBIAR SIN NOTIFICACION** Iniciales del paciente. _____

Patient/Guardian Signature: _____ **Date:** _____
(Firma del paciente) (Fecha)



PATIENT CONSENT FORM **(CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DEL PACIENTE)**

Patient Name (Nombre del Paciente): _____

Yo, autorizo a la oficina de Daniel Bell D.P.M. que me deje mensajes de voz en mi telefono de casa, telefono celular o con un familiar a respecto de mi cita con el doctor de oficina o cirugia.

yo, el paciente, autorizo a el Dr. Daniel Bell; D.P.M. utilizará y divulgará mi información para los propósitos de las operaciones del tratamiento, del pago y del cuidado medico. Este consentimiento sera valido hasta que sea revocado solo en forma escrita.

El tratamiento incluye pero no se limita: la administración y el funcionamiento de todos los tratamientos, la administración de cualesquier anestésicos necesarios, el uso de la medicación prescrita; el funcionamiento de tal anuncio de los procedimientos se juzgue necesario o recomendable en el el tratamiento de este paciente, tal como procedimientos de diagnóstico, tomar y utilización de culturas y de otros pruebas de laboratorio médicamente aceptados, que el juicio del médico que atiende o de sus designees asignados, se puede considerar médicamente necesarios o recomendables.

El pago incluye pero no se limita: la autorización del pago directamente a: Daniel Bell, D.P.M. de las venta de cualquier producto o servicio dado al paciente durante su tratamiento. Autorizo por este medio el lanzamiento de mis expedientes médicos a los aseguradores de los terceros o las personas autorizadas a quienes el acceso es necesario establecer o recoger un honorario para los servicios proporcionados, por ejemplo los servicios de la facturación y de la colección, pagadores del seguro, aseguradores de auto de accidente de vehiculo o peaton, o para lesión relacionada al trabajo, a mi patrón o designee entienden que soy financieramente responsable de las cargas no cubiertas. Entiendo que los expedientes del paciente se pueden almacenar electrónicamente y son disponibles por via electronica.

Las operaciones del cuidado del paciente incluyen pero no se limitan a: lanzamiento de mi información médica a cualesquiera de mis médicos y sus oficinas o compañías de seguros que participan en mi cuidado o tratamiento, y la calidad de cuidado medico necesario.

Entiendo completamente que esto está dado antes de cualquier diagnosis o tratamiento específico. Doy mi Consentimiento para continuar tratamiento incluso después que se haya hecho una diagnosis específica y se ha recomendado el tratamiento. El consentimiento seguirá siendo por completo hasta ser revocado en escrito. Este consentimiento incluye específicamente el lanzamiento de la información médica referente condiciones droga-relacionadas, alcoholismo, condiciones psicologicas, condiciones psiquiátricas, y/o enfermedades infecciosas que incluyen a enfermedades y no limitadas a enfermedades llevadas en la sangre.

Una fotocopia de este consentimiento será considerada tan válida como la original.

Si hay una exposición, y la prueba del paciente es positiva, el médico que atiende notificará a paciente, cualquier persona expuesta, y el departamento de la salud de Broward. El asesoramiento del diagnosis será ofrecido.

PACIENTES CON EL SEGURO MEDICARE; AUTORIZO PARA LANZAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE MÍ a la administración de Seguridad Social o sus intermediarios para mis demandas de Seguro de enfermedad. Asigno las ventajas pagaderas para los servicios a Daniel Bell, D.P.M.

Reconozco que me han dado a mi solicitud una copia de las prácticas de la privacidad del paciente de la oficina del Dr. Daniel Bell. Entiendo que si tengo preguntas o quejas que debo entrar en contacto con El funcionario de privacidad de la oficina.

Inicial del paciente: _____

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones antedichas y consiento completamente y voluntariamente a su contenido.

Patient/Guardian Signature: _____ **Date:** _____
(Firma del paciente) (Fecha)



HIPAA AUTHORIZATION **(AUTORIZACIÓN DE LA HIPAA)**

Patient Name (Nombre del Paciente): _____

Por la presente solicito y autorizo _____ a publicar mis registros médicos y estados de facturación detallados, incluyendo información de salud protegida ("PHI") a:

Dr. Daniel Bell D.P.M, P.A
601 N Flamingo Rd #208
Pembroke Pines, FL 33028
(954) 942 - 5005
Fax: (954) 432-9446

Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que dicho proveedor médico ha tomado medidas en dependencia de la Autorización. Mi revocación de esta autorización sólo será efectiva si envío mi revocación al proveedor médico por escrito.

Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento con dicho proveedor médico. Sin embargo, también entiendo que el hecho de no firmar esta Autorización puede impedir que dicho proveedor médico le dé mi PHI a la oficina mencionada.

1. TIENES UN FISICO EN ESTE AÑO SI/NO
a. NOMBRE DE DOCTOR _____
2. TIENES VACCUNA DE FLU EN ESTE AÑO SI/NO
a. NOMBRE DE DOCTOR _____
3. HAS HECHO UN EXAMEN OCULAR EN ESTE AÑO SI/NO
a. NOMBRE DE DOCTOR _____
4. TIENES FALLO DE LOS RIÑONES SI/NO
a. NOMBRE DE DOCTOR _____
5. TIENES DIABETES SI/NO
6. TE HAS HECHO LA PRUEBA DE HB A1C EN ESTE AÑO SI/NO
a. NOMBRE DE DOCTOR _____
7. TIENES VACCUNA DE NEUMONIA EN ESTE AÑO SI/NO
a. NOMBRE DE DOCTOR _____

Patient/Guardian Signature: _____ **Date:** _____
(Firma del paciente) (Fecha)



ADVANCE BENEFICIARY NOTICE OF NONCOVERAGE (ABN)
NOTIFICACIÓN PREVIA DE NO-COBERTURA AL BENEFICIARIO (ABN)

Patient Name (Nombre del Paciente): _____

NOTA: Si Medicare no paga (D) _____ a continuación, usted deberá pagar. Medicare no paga todo, incluso ciertos servicios que, según usted o su médico, están justificados. Prevemos que Medicare no pagará (D) _____ a continuación.

(D) _____	(E) Razón por la que no está cubierto por Medicare:	(F) Costo estimado:

LO QUE USTED NECESITA HACER AHORA:

- Lea la presente notificación, de manera que pueda tomar una decisión fundamentada sobre la atención que recibe.
- **Háganos toda pregunta que pueda tener después de que termine de leer.**
- **Escoja una opción a continuación sobre si desea recibir (D) _____ mencionado anteriormente.**

Nota: Si escoge la opción 1 ó 2, podemos ayudarlo a usar cualquier otro seguro que tal vez tenga, pero Medicare no puede exigirnos que lo hagamos.

G) OPCIONES: Sírvase marcar un recuadro solamente. No podemos escoger un recuadro por usted.

OPCIÓN 1. Quiero (D) _____ mencionado anteriormente. Puede cobrarme ahora, pero también deseo que se cobre a Medicare a fin de que se expida una decisión oficial sobre el pago, la cual se me enviará en el Resumen de Medicare (MSN). Entiendo que si Medicare no paga, soy responsable por el pago, pero **puedo apelar a Medicare** según las instrucciones en el MSN. Si Medicare paga, se me reembolsarán los pagos que he realizado, menos los copagos o deducibles.

OPCIÓN 2. Quiero (D) _____ mencionado anteriormente, pero que no se cobre a Medicare. Puede solicitar que se le pague ahora dado que soy responsable por el pago.

No tengo derecho a apelar si no se le cobra a Medicare.

OPCIÓN 3. No quiero (D) _____ mencionado anteriormente. Entiendo que con esta opción no soy responsable por el pago y **no puedo apelar para determinar si pagaría Medicare.**

(H) Información adicional:

En esta notificación se da a conocer nuestra opinión, no la de Medicare. Si tiene otras preguntas sobre la presente notificación o el cobro a Medicare, llame al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048).

Al firmar abajo usted indica que ha recibido y comprende la presente notificación. También se le entrega una copia.

(I) Firma:

(J) Fecha:

De conformidad con la Ley de reducción de los trámites burocráticos de 1995, nadie estará obligado a responder en todo pedido para recabar información a menos que se identifique con un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recolección de información es 0938-0566. El tiempo necesario para completar esta solicitud de información se calcula, en promedio, 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en fuentes de datos existentes, recabar los datos necesarios y llenar y revisar los datos recogidos. Si tiene comentarios sobre la precisión del cálculo del tiempo o sugerencias para mejorar el presente formulario, sírvase escribir a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.