



J.J. Saenz, M.D., P.A. ● Daniella Rodriguez-Rico, M.D. ● Jennifer E. Saenz, M.D.  
Marla Garza PA-C ● Melissa Ledesma PA-C ● Erica Tijerina, PA-C

2821 Michael Angelo Dr. Suite 102 ● Edinburg, Texas 78539  
956-686-6100 (Oficina) ● 956-686-6115 (Fax)  
Lunes – Viernes 8AM – 5PM, Sábados 8AM – 1PM

### ***Polizas de Oficina***

- Actualizaciones sobre información para el paciente son requeridas en cada visita. Por favor ayúdenos a mantener su número de teléfono, dirección postal y dirección de correo electrónico actualizado en nuestro sistema.
- Seguros y tarjetas de Medicaid, junto con una identificación vigente, se requieren en cada visita Y pasaran a formar parte del expediente del paciente.
- Medicaid debe estar activo para que el paciente reciba beneficios médicos. Si no es así, el guardián es responsable de la visita en su totalidad en el momento del servicio. Planes de pago están disponibles.
- Todos los copagos, deducibles, coaseguros y saldos vencidos deben ser pagados antes de ser visto en la clínica.
- Citas para el mismo día van hacer con el médico primario cuando esté disponible.
- Pacientes que llegan sin una cita serán atendidos por una asistente del médico. La espera para esos pacientes puede ser hasta dos horas.
- Familias que llegan 15 minutos tarde a su cita tendrán que ser reprogramados.
- Si un paciente llega para una visita enfermo y su examen físico esta vencido, el proveedor llevara a cabo ambos servicios.
- Si un paciente llega a un chequeo médico y discuten los síntomas de una enfermedad, los beneficios de la visita de enfermos se aplicaran a la visita según seguro del paciente y serán recogidos a la salida.
- Copias de los registros médicos deben ser recogidos y pagados por el guardián del paciente.
- Se cobrara los siguientes cargos para los servicios no médicos:
  - Registros Médicos - \$25 para las primeras 25 páginas y \$ 0.50 por cada página después de eso.
  - Recibos Médicos - \$5.00
  - Nueva tarjeta de vacunas - \$5.00
  - Forma para la participación en deportes - \$10.00
  - Carta de necesidad medica – de facturación \$25.00

### ***Reconocimiento de las Polizas de Oficina***

Reconozco recibir las políticas de la oficina de Pediatric Center at Renaissance. Al reconocer esto estoy aceptando las políticas, como se indica. He leído este formulario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre él.

Firma del padre/aguardiente: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_