



LIEVANO - PEREZ

OBSTETRICS & GYNECOLOGY OF MIAMI

8525 SW 92 ST, UNIT D13

Miami, Florida 33156

PH (305) 270-3562 Fax (786)384-5766

****ATENCIÓN****

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE

Como parte de su atención de maternidad, es una política de oficina para que TODAS nuestras pacientes sean atendidas por cada uno de nuestros médicos durante todo su embarazo. Verá a su médico obstetra primario como se esperaba, pero requerimos que también sea evaluada durante todo su embarazo por nuestros otros médicos.

Nos gustaría que todos nuestros médicos participen en su embarazo en caso de una emergencia o si su obstetra primario no está disponible. Pedimos su cooperación y comprensión, ya que esto lo beneficiará tanto a usted como a su pequeño paquete de alegría.

Gracias

Dr. Guillermo Lievano, Dra. Ileana Pérez, & Dra. Erika Collado

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____



LIEVANO - PEREZ

OBSTETRICS & GYNECOLOGY OF MIAMI

8525 SW 92 ST, UNIT D13

Miami, Florida 33156

PH (305) 270-3562 Fax (786)384-5766

****INFORMACION PARA CITAS DE OB****
POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE

Como parte de su atención de maternidad, es una política de oficina para **QUE TODAS** nuestras pacientes sean atendidas respectivamente durante todo su embarazo. Es muy importante para su atención de maternidad que sea vista según las indicaciones del médico. El incumplimiento de las citas al consultorio resultará en el alta de la práctica.

Pedimos su cooperación y comprensión, ya que esto lo beneficiará tanto a usted como a su bebe.

Gracias

Dr. Guillermo Lievano, Dra. Ileana Pérez, & Dra. Erika Collado

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____



LIEVANO - PEREZ

OBSTETRICS & GYNECOLOGY OF MIAMI

8525 SW 92 ST, UNIT D13

Miami, Florida 33156

PH (305) 270-3562 Fax (786)384-5766

Responsabilidad Financiera obstinada

Como cortesía, nuestra oficina verificará sus beneficios de maternidad en su^{3ª}/^{4ª} visita. En ese momento se le informará de sus responsabilidades financieras para la atención del obstetra y la entrega de la parte de médicos.

Nuestra oficina creará un plan de pago de acuerdo con lo que se verifica con su seguro para ser su responsabilidad de bolsillo. Esto puede incluir deducible, coseguro o copago. El plan de pago es para su atención obstetra total (antes del parto, parto y posparto), solo para Lievano, Perez & Associates OB/ GYN y no para el hospital. No incluye ningún cargo adicional por pruebas, ultrasonidos u hospitalizaciones.

Una vez que el reclamo sea presentado y pagado por su seguro, si hay algún saldo restante, continuaremos deduciendo mensualmente hasta que se pague o si hay un excedente, se le reembolsará.

Si sus beneficios deben cambiar antes de su entrega, cambia la compañía de seguros o pierde su cobertura de seguro, comuníquese con la oficina lo antes posible.

**** El hecho de no realizar los pagos a tiempo o el monto total adeudado antes de las 26 semanas de embarazo resultará en su alta de la práctica.****

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: __



LIEVANO - PEREZ

OBSTETRICS & GYNECOLOGY OF MIAMI

8525 SW 92nd ST, UNIT D13
Miami, Florida 33156
PH (305) 270-3562 Fax (786) 384-5766

INSURANCE COVERAGE FOR PREGNANT PATIENTS

If you have insurance coverage, our office will verify your maternity benefits and we will let you know if you have any responsibility. This portion must be paid by your 26th week of pregnancy.

It is your responsibility to inform us if your benefits change during pregnancy, your insurance company changes, or you lose coverage. Failure to inform us may make you responsible for the full fee of \$6,000.00 for vaginal or Cesarean section delivery.

Please give us a copy of any new insurance card you receive, even if it is from the same company.

I have read this and will inform the office staff of any change in my insurance coverage.

Si usted tiene seguro medico, nuestra oficina verificara sus beneficios de maternidad y le informara si usted tiene alguna responsabilidad monetaria.

Es su responsabilidad informarnos si es beneficios cambian durante su embarazo, su compañía de seguros cambia, o si termina su contrato con el seguro medico. En no informarnos de algún cambio puede hacerla responsable del costo total del parto (\$6,000).

Por favor entréguenos una copia de la tarjeta nueva del seguro aun si es de la misma compañía.

Signature of Patient _____

Printed Name of Patient _____

Date _____



LIEVANO - PEREZ

OBSTETRICS & GYNECOLOGY OF MIAMI

8525 SW 92 ST, UNIT D13

Miami, Florida 33156

PH (305) 270-3562 Fax (786)384-5766

Estimado Paciente:

Nuestro objetivo es brindarle a cada paciente un servicio amigable y conveniente durante su visita. Para su comodidad durante esta visita, nuestra oficina procesará su sangre aquí en la oficina y la enviará al laboratorio.

Por este servicio, la oficina cobrará una tarifa administrativa de **\$20.00** para pacientes ginecológicas anuales y una tarifa única de **\$40.00** para pacientes obstétricas que cubrirá cualquier manipulación y procesamiento de sangre durante su embarazo actual y, si es necesario, las visitas posparto. Este servicio se brinda como cortesía para aquellos pacientes que no desean ir a su médico de atención primaria o al laboratorio.

Si opta por aprovechar este servicio, la tarifa administrativa vence en el momento en que se procesa y manipula la sangre y no es reembolsable. El laboratorio facturará a su compañía de seguros por las pruebas que se soliciten.

También hay un cargo administrativa de \$ 20 por administrar cualquier tipo de inyección (Rhogam, progesterona, Depo, etc.)

Hay un cargo de \$ 30 por cualquier formulario o carta de maternidad y \$ 10 por cualquier tipo de carta GYN (por carta) *Por favor, espere que se completen hasta 2 semanas *

Indique si desea que le realicen un análisis de sangre hoy en nuestra oficina.

SÍ _____ NO _____

Firma del paciente _____

Nombre en letra de imprenta _____ Fecha _____

* Ocasionalmente se solicitará una prueba que necesite un manejo especial o tubos de muestra que no tenemos disponibles. Si es así, se le entregará una solicitud para que la lleve a la instalación correspondiente. No se cobrará ninguna tarifa.



LIEVANO - PEREZ

OBSTETRICS & GYNECOLOGY OF MIAMI

8525 SW 92 ST, UNIT D13

Miami, Florida 33156

PH (305) 270-3562 Fax (786)384-5766

Autorización de Circuncisión y Pago

Recientemente hemos experimentado grandes dificultades para obtener un reembolso por nuestras circuncisiones. La razón más común es que los padres se olvidan **de agregar** a su recién nacido a la póliza. *Es su responsabilidad hacerlo*. No podemos hacer eso por usted.

Aunque muchos seguros afirman cubrir el 100% o una parte de la circuncisión de su recién nacido, no se considera un procedimiento médicamente necesario. El médico seguirá realizando la circuncisión a petición de nuestros pacientes.

Nuestra oficina cobrará una tarifa de depósito de circuncisión de \$ 450.00. En el caso de que la circuncisión se aplique al deducible o coseguro y exceda el depósito de \$ 450 cobrado, usted será responsable de la diferencia pendiente a la oficina. **** _____ Initial**

Si su seguro paga en su totalidad o una parte de la reclamación, se le reembolsará en su totalidad o la diferencia de lo que aplicaron al procedimiento.

Gracias

Autorizo al Dr. Lievano/Pérez/Collado a realizar una circuncisión en mi hijo recién nacido.

Yes _____ No _____

También reconozco que soy responsable del pago de la circuncisión de mi recién nacido en caso de que mi compañía de seguros no cubra este procedimiento.

Yes _____ No _____

Firma de Paciente _____

Fecha _____

Nombre de Paciente _____



LIEVANO - PEREZ

OBSTETRICS & GYNECOLOGY OF MIAMI

8525 SW 92nd ST, UNIT D13
Miami, Florida 33156
PH (305) 270-3562 Fax (786) 384-5766

To our patients:

This form is to advise our obstetrical patients that if you decide to have a cord blood collection there will be a fee of \$250.00. This fee is due even if you receive the kit directly from Viacord, Cryocell, CBR, or whichever company you choose.

The collection of cells is done by the doctor at the time of your delivery.



Para nuestros pacientes:

Este formulario es para informarle a nuestras pacientes obstetras que si desean guardar sangre del cordón umbilical habrá un cargo de \$250. Aun obteniendo el kit directamente de la compañía Viacord, Cryocell, CBR que usted elija.

La muestra de sangre será recolectada por el doctor el día del parto.

Patient Signature _____

Print Name _____

Date _____



LIEVANO - PEREZ

OBSTETRICS & GYNECOLOGY OF MIAMI

8525 SW 92nd ST, UNIT D13
Miami, Florida 33156
PH (305) 270-3562 Fax (786) 384-5766

NOTICE TO OBSTETRIC PATIENT

(Ver sección 766.316 Estatutos de la Florida)

El médico me ha proporcionado información sobre este membrete, preparado por la Asociación de Compensación de Lesiones Neurológicas Relacionadas con el Nacimiento de Florida (NICA), y se me ha informado que el Dr. Lievano está participando en este programa, en el que hay cierta compensación limitada disponible en caso de que ocurra cierta lesión neurológica durante el trabajo de parto, el parto o la reanimación. Para obtener detalles específicos sobre el programa, entiendo que puedo comunicarme con la Asociación de Compensación de Lesiones Neurológicas Relacionadas con el Nacimiento de Florida, en P.O. Box 14567, Tallahassee, Florida 32317-4567, o por teléfono al 1-800-398-2129. Reconozco además que he recibido una copia del folleto preparado por NICA.

FECHADO este _____

Firma del Paciente _____

Nombre impreso del paciente _____

Este formulario es solo informativo y cada persona, médico u hospital participante debe comunicarse con su propio abogado para garantizar el cumplimiento de la sección 66.316, Estatutos de la Florida..



LIEVANO - PEREZ

OBSTETRICS & GYNECOLOGY OF MIAMI

8525 SW 92 ST, UNIT D13

Miami, Florida 33156

PH (305) 270-3562 Fax (786)384-5766

Tarifa de Autopago

Primera Consulta: \$300

Segunda Consulta: \$200

Ultrasonidos: \$250

Parto Vaginal: \$5,500

Cesarea: \$6,500

Laboratorio: Precios varían \$25-\$800

Ligadura de trompas con cesarea: \$450

Circuncision: \$450

Sangre de cordón: \$250

FMLA: \$30 por paquete

Incluido en la tarifa de parto vaginal o cesarea:

Todas las visitas previas al parto (después de la confirmación del embarazo) hasta la fecha del parto visitas posteriores al parto.

Si por alguna razón originalmente tuvo un parto vaginal y se realizó una cesárea, usted será responsable de la diferencia adeudada.

Excluido en la tarifa de cesárea/vaginal pero disponible por una tarifa adicional:

Todas las ecografías, laboratorios o patologías.

En la tercera visita se cobrará **el importe total de la entrega**. Si por alguna razón decide abandonar la práctica, se ajustará el monto recaudado y se le reembolsará la diferencia de los servicios prestados.

Print Name

Signature

Date