

Nueva forma de registro de pacientes

Por favor escriba

Fecha de hoy							
INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE							
Legal completo nombre (primero) (medio) (último)						Nombre del médico de atención primaria	
Dirección			No. de apto.		Ciudad	Estado	Zip
Correo electrónico		Teléfono de casa		Teléfono del trabajo		Teléfono celular	
No. seguridad social	Sexo	Estado civil	Fecha de nacimiento		No. de licencia de conducir	Estado emitió	
Nombre del empleador		Ciudad de empleador	Estado empleador		¿Nombre de la referencia Doctor o práctica?		
Lista de cualquier persona que usted autoriza a esta oficina a compartir su información médica con (nombre y relación a usted)							
Métodos de contacto permitida (circule las que apliquen) hogar teléfono celular teléfono trabajo teléfono correo e-mail						¿OK para dejar mensaje en contestador/buzón de voz? SI ____ No ____	
INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE							
Legal completo nombre (primero) (medio) (último)						Teléfono de casa	
Ocupación	Nombre del empleador			Teléfono del trabajo	Teléfono celular		
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO							
Nombre de la aseguradora primaria				Grupo no.		ID/certificado N°	
Nombre del tomador de la póliza			Fecha de nacimiento		Seguro Social no. del tomador		
Nombre de la compañía de seguros de secundaria				Grupo no.		ID/certificado N°	
Nombre del titular de la póliza							
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA							
Persona a notificar en caso de emergencia			Relación		Teléfono de casa	Teléfono celular	
INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE							
<p>1. pacientes que tienen seguro de salud estándar deberían recordar que servicios profesionales prestados y cargados al paciente y no a la compañía de seguros. Se espera que todos los pacientes con el estándar seguro de salud para efectuar el pago como servicios prestados, independientemente de la pendiente seguros, litigios, etc.</p> <p>2. los pacientes con planes de salud contrato deben presentar su tarjeta de identificación de seguro a la recepcionista después de completar este formulario. Algunos contrato los planes de salud (HMO, PPO, IPAs, etc.) requieren un copago en el momento del servicio. Más planes de salud de contrato requieren que la reclamación se presente por nuestra oficina.</p>							
Paciente / firma de garante: _____						Date: _____	



PÓLIZA FINANCIERA DE LA OFICINA

Responsabilidad de pago- Paciente o garante asume la responsabilidad por todos los cargos resultantes del tratamiento proporcionado por Shadi A. Qasqas, M.D. y su personal. Como un servicio de cortesía para nuestros pacientes, facturamos a mayoría aseguradoras espera pronto pago. Sin embargo, responsabilidad de saldos pendientes de pago es el de la paciente o garante. Pago por servicio obedece dentro de 30 días de facturación, a menos que los arreglos financieros se hacen por adelantado. Aceptamos dinero en efectivo y tarjetas de crédito; no aceptamos cheques.

Es la responsabilidad del paciente o garante entender los términos y condiciones de su plan de seguro. Los proveedores de seguros no siempre cubren las visitas de cuidado preventivo o bien estar. Póngase en contacto con el Departamento de Servicios de Miembros de la compañía de aclaración. Cuando el seguro está disponible, o se proporciona información no válida en el momento del servicio, el paciente o el garante puede ser responsable por gastos incurridos.

Visitas iniciales- Paciente o garante está obligado a pagar cargos relacionados con su primera cita al tiempo de servicio. Individuos excluidos de esto son afiliados de HMO/PPO contratados con elegibilidad actual, los afiliados de Medicaid, y suscriptores de Medicare.

Requisitos por cita- Por cada visita, paciente o garante deberán traer identificación con foto, tarjeta(s) de identificación de seguros actual del paciente y el copago aplicable. También debe asesorar a la clínica de cualquier cambio en la cobertura de seguro y comunicar el cambio de nombre, dirección, números de teléfono y empleador. Las citas perdidas sin una notificación previa de 24 horas están sujetos a un cargo de \$25. Esta cuota no está cubierta por su seguro y por lo tanto se facturarán al paciente directamente.

Formas- Debido al considerable tiempo involucrado en la cumplimentación de formularios, nuestra práctica cobrará una cuota de forma de \$15. Esta cuota será facturada directamente al paciente y no está cubierta por su compañía de seguros. Pago es debido al tiempo de recogida. Permita 15 días hábiles completar todas las formas.

Registros Médicos- La solicitud de registros médicos requerirá una cuota de \$15 y \$0.25 por página copiada. Esta cuota se facturará directamente al paciente y no está cubierta por su compañía de seguros. Pago es debido antes de registros de ser liberados. Solicitudes se procesarán dentro de 10 días hábiles, salvo en caso de emergencia, los registros se prestará tan pronto como sea posible. Registros tendrán que ser recogidos por el paciente o autorizado del paciente.

Paciente de efectivo- Todos los servicios son prestados en efectivo y deben ser pagados completo en el momento del servicio.

Planes HMO/PPO/HAS- Copago es debido a la hora de cada visita. Afiliados de HMO/PPO podrán no recibir regularmente su estado de cuenta mensual a menos que exista un saldo pendiente. Si no puede pagar el copago en el momento de la visita puede resultar en una tarifa de facturación. Miembros de HAS deberán pagar una parte al tiempo de servicio si el deducible esta insatisfecho.

Seguro de Salud Patrocinado por el Empleador- Shadi A. Qasqas, M.D. facturará la mayoría de compañías seguros patrocinados por empleador como un servicio de cortesía para nuestros pacientes. Aseguradoras secundarios, cuando contrató a Shadi A. Qasqas, M.D. también facturando como un servicio para nuestros pacientes cuando se presenta la información secundaria de seguro en el momento del servicio.

Medicare- Debemos tener una copia de su tarjeta de Medicare y cualquier seguro secundario que tenga. No aceptamos asignación de reclamaciones de Medicare, lo que significa, usted será responsable únicamente de su deducible y el 20% de gastos permitidos. Hay ciertos procedimientos y suministros que son servicios no cubiertos para los pacientes de Medicare. Si usted necesita estos servicios, se le informará que no están cubiertas y si aún que recibir esos servicios en esta oficina serán en efectivo en el momento del servicio.

Cantidades que son más de 60 días pasados por un seguro vencen inmediatamente del paciente. Cantidad más de 90 días vencidos están sujetos a procedimientos de colección, que podrían incluir Tribunal de demandas pequeñas, o un cargo de 1.5% por mes sobre el saldo impago.

He leído y comprendido todo lo anterior.

Nombre del Paciente (letra de molde) _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Esta autorización permite a los proveedores de salud nombrados abajo para liberar los registros y la información médica confidencial. Nota: *Información y registros con respecto al tratamiento de menores, VIH, condiciones psiquiátricas/salud mental, o abuso de alcohol/drogas tienen reglas especiales que requieren autorización específica.*

AUTORIZACIÓN

Por la presente autorizo: Shadi A. Oasqas MD Inc. & Affiliated Providers
Médico / Centro de Salud

A divulgar información acerca de mi historial médico, enfermedad o lesión, consultas, prescripciones, tratamiento, diagnóstico o pronóstico, incluyendo radiografías, correspondencia o registros médicos, incluyendo aquellos de mis otros proveedores de atención médica que puede sostener el arriba nombrado médico, mediante por fax, correo, o otros medios electrónicos.

A:

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Los información y registros médicos se utilizará para los propósitos siguientes: _____

Esta autorización es:

Ilimitada (todos los registros, excluyendo el abuso de sustancias, Salud Mental, el diagnóstico/tratamiento del VIH)

Limitado a la siguiente información médica: _____

También doy mi consentimiento para la liberación de los siguientes registros específicos:

Abuso de drogas/Alcohol/sustancias _____ (inicial) Diagnóstico/tratamiento del VIH _____ (inicial)

Psiquiátrico/salud mental _____ (inicial) Información Genética _____ (inicial)

Pruebas de anticuerpos para VIH _____ (inicial)

DURACIÓN Esta autorización será efectiva inmediatamente y permanecerá en vigor hasta _____
Fecha (MM/DD/AAAA)

RESTRICCIONES

No se concede permisos para su uso posterior o la divulgación de esta información médica a menos que otra autorización de mí o a menos que dicha divulgación es específicamente requerido o permitido por la ley.

Una fotocopia del facsímil de esta autorización se considerará como válida como el original y eficaz.

He sido informado de mi derecho a recibir una copia de esta autorización.

Firma del Paciente o representante legal/personal

Fecha

Nombre de Paciente (LETRA DE MOLDE)

Relacion si es distinto de paciente

Número de Seguro Social del paciente

Fecha de nacimiento de paciente

Nombre de testigo

Firma de testigo

Fecha



CUIDADO DE LA SALUD POR ADELANTADO

Estimado Paciente,

Como su especialista, estamos obligados a tener una directiva de atención médica avanzada actual para que podamos incorporar la información en su expediente médico. Usted no está obligado a darnos esta información, pero estamos obligados a preguntar.

Por favor complete el formulario y devuelva a la recepcionista.

Nobre de Paciente: _____ **SS#:** _____

Firma de Paciente: _____ **Fecha:** _____

- ¿Tiene una directiva avanzada salud? _____ SÍ _____ NO
- ¿Tiene una directiva avanzada salud?
 - Poder notarial duradero para el cuidado de la salud _____
 - Ley de California de muerte Natural _____
 - Testamento de salud en vida _____
 - Otro: _____
- Por favor de traer una copia de su póliza _____
- Me niego a contestar estas preguntas _____

Internal Office use only

Type of health care directive received:

Date received:

___ Durable Power of Attorney for Health Care

___ California Natural Death Act

___ Living Health Care Will

Other: _____
