

MESA FAMILY PHYSICIANS

INFORMACION AL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre _____
Domicilio: _____ Ciudad, Estado, Codico postal: _____
Telefono: (____) _____ Numero de seguro social: _____
Telefono del trabajo: (____) _____ Fecha de nacimiento: _____
Numero de celular: (____) _____ Sexo: (m/f) [] Soltero [] Casado [] Otro
Patron: _____ Ocupacion: _____
Domicilio: _____
En caso de emergencia contacte: _____ Telefono: (____) _____

GARANTE/PADRE/INFORMACION DEL ASEGURADO

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: (____) _____ Numero de seguro social: _____
Telefono del trabajo: (____) _____ Fecha de nacimiento: _____
Numero de celulas: (____) _____ Sexo: (m/f) [] Soltero [] Casado [] Otro
Relacion con paciente: _____ Patron: _____
Como se va pagar?: [] Efectivo [] Cheque [] Tarjeta de credito

INFORMACION DE SEGUROS

Estamos felices de la factura de su seguro. Todos los saldos despues de que su seguro primario paga son responsabilidad del paciente. El paciente entiende que no vamos a esperar hasta que su secundaria paga antes de enviar declaraciones sobre saldos vencidos. Contamos con el pago de manera oportuna. Es responsabilidad del paciente en el seguimiento con la compania de seguros di el pago no se recibe inmediatamente.

Nombre de compania de seguros: _____
Direccion de la compania aseguradora: _____
Telefono: _____
Numero de poliza: _____
Numero de grupo: _____
Nombre del grupo: _____
Nombre de asegurado: _____
Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Este trato medico es de trabajo o durante trabajo? [] si [] no
Accidente vehicular? [] si [] no
Qien es su Doctor principal? _____
Quanto es su copay o cuanto tiene que pagar a la oficina con su aseguranza? \$ _____

Solicito que mi carta permanecera en: Mesa [] Gilbert []

Por la presente autorizo a mi compania de seguros pague los medicos de Mesa Family Physicians directa de cualquiera y todos los tratamientos medicos o quirurgicos. Yo autorizo la divulgaci de cualquier informacion medica pertinente de carta para garantizar el pago. Una fotocopia de esta asignacion se considera valida como la original. Entiendo que soy plenamente responsable de todos los cargos, incluyendo, pero no limitado a los co-pagos, deducibles anuales y los creditos impagados. Si el saldo vencido es enviado a las colecciones, una tasa de 30% sera evaluado.

Firma: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una "Regla de Privacidad" para ayudar a asegurar que la información médica personal está protegida por la privacidad. La Regla de Privacidad también se creó con el fin de establecer normas para ciertos proveedores de atención médica para obtener el consentimiento de sus pacientes para los usos y divulgaciones de información médica del paciente para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

En nuestro caso queremos que sepa que respetamos la privacidad de su historial médico personal y haremos todo lo posible para asegurar y proteger la privacidad. Nos esforzamos por tomar siempre las precauciones razonables para proteger su privacidad. Cuando es apropiado y necesario, de proporcionar la información mínima necesaria sólo a aquellos que sienten que necesitan de su información de salud e información sobre las operaciones de tratamiento, la atención de pago o la salud, a fin de proporcionar atención médica que está en su mejor interés.

También queremos que sepan que apoyamos su pleno acceso a sus expedientes médicos personales. Es posible que haya relaciones indirectas de tratamiento con usted (por ejemplo, los laboratorios que sólo interactúan con los médicos y los pacientes no), y podría tener que revelar información personal de salud para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Estas entidades son más a menudo no están obligados a obtener el consentimiento del paciente.

Usted puede rechazar dar su consentimiento para el uso de la divulgación de su información personal de salud, pero esto debe ser por escrito. Bajo esta ley, tenemos el derecho a negarse a tratar, si decide negarse a revelar su información de salud personal (PHI). Si usted elige dar su consentimiento en el documento, en algún momento futuro puede solicitar para rechazar todas las de una parte de su PHI. Usted no puede revocar las acciones que ya se han tomado, que se basó en este o un consentimiento firmado previamente.

Si usted tiene alguna objeción a este formulario, por favor, pida hablar con el Oficial de Cumplimiento de HIPAA. Usted tiene el derecho de revisar nuestra política de privacidad, a solicitar restricciones y revocar el consentimiento por escrito después de haber revisado nuestra política de privacidad.

Firma: _____ Fecha: _____
Imprima el nombre: _____

Yo doy mi consentimiento para liberar a ninguno de mis datos personales de salud a las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación: _____
Nombre: _____ Relación: _____

CUMPLIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE GARANTÍA PARA NUESTROS PACIENTES

A nuestros pacientes con valores de:

El mal uso de información personal de salud (PHI) ha sido identificado como un problema nacional que causa molestias pacientes, agravación y dinero. Queremos que sepa que todos nuestros empleados, directivos y médicos continuamente una formación para que puedan entender y cumplir con las normas y regulaciones del gobierno en relación con la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) con especial énfasis en la "Regla de Privacidad". Nos esforzamos para alcanzar los más altos estándares de ética e integridad en el desempeño de los servicios para nuestros pacientes.

Es nuestra política para determinar adecuadamente los usos adecuados de la IPS de acuerdo con las reglas gubernamentales, leyes y reglamentos. Queremos asegurarnos de que nuestra práctica no contribuye en modo alguno a los crecientes problemas de la divulgación indebida de la IPS. Como parte de este plan, hemos implementado un Programa de Cumplimiento que creemos que nos ayudará a evitar cualquier uso inadecuado de la IPS.

También sabemos que no somos perfectos! Debido a este hecho, nuestra política es escuchar a nuestros empleados y nuestros pacientes sin ningún pensamiento de penalización si se sienten que un evento de alguna manera compromete nuestra política de integridad. Más aún, damos la bienvenida a sus comentarios con respecto a cualquier problema de servicio para que podamos remediar la situación con prontitud.

Gracias por ser uno de nuestros pacientes de gran valor.

Mesa Family Physicians

MESA FAMILY PHYSICIANS OFICINA DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

Bienvenido a Mesa Family Physicians! Nuestro objetivo es ofrecer la mejor atención médica posible a todos nuestros pacientes de una manera compasiva y profesional. Para lograr esto, nos gustaría que usted lea las siguientes políticas y procedimientos. Esperamos que esta información va a responder a algunas de sus preguntas y ayudarle a entender cómo funciona nuestro centro.

Nuestro horario de oficina: de lunes a viernes de 8:00 am - 5:00 pm
* Almuerzo de 12:00-01:00 (M, T, TH, F)
* Almuerzo de 12:00 - 2:00 (W)

Si no puede asistir a una cita programada, pedimos 24 horas de antelación, de lo contrario se le cobrará a su co-pago o \$ 20, si no hay co-pago.

Procedimientos de Pago: Tenemos contrato con numerosas compañías de seguros, y aceptará el pago de su compañía de seguros si tienen un contrato con ellos y que nos proporcione la información correcta. Si usted no nos proporciona toda la información correcta, usted es responsable de su visita con el médico. Le pedimos que pague su co-pago en cada visita. Este es un requisito de su seguro y que no cuenta para los co-pagos. Por favor, no nos pide que lo haga. Si usted no tiene seguro, usted es responsable de pagar en su totalidad en cada visita. Aceptamos efectivo, cheques, Visa o MasterCard. Le animamos a conocer su seguro. Debido a la cantidad de diferentes compañías de seguros y planes diferentes, es imposible para nosotros saber la cobertura de cada individuo. Vamos a tratar de responder a cualquier pregunta que pueda tener, sin embargo, por favor, educarse sobre sus beneficios del seguro.

Referencias: Si una referencia es necesaria, los médicos y asistentes son felices para completar las referencias y las remitirá a la especialista que está viendo. Pedimos firmemente a que consulte con su especialista antes de ir a ninguna cita para asegurarse de que la referencia está en su lugar. Hacemos todo lo posible para asegurarse de que las referencias se hacen en el momento oportuno, sin embargo, que necesitamos en los dos o tres días de anticipación a fin de facilitar el número de referencias que hacemos cada día.

Las prescripciones: Si usted necesita una dosis de su medicamento, llame a la farmacia donde se tenía inicialmente las recetas. Ellos contacto con nosotros y le dará surtir la receta o que le notifique que usted necesita una cita para que esta lleno. Por favor llamar 48 horas para estas solicitudes. Nosotros NO rellenar recetas el viernes después del mediodía a 12:00 pm. Es imposible para nosotros para manejar el volumen de solicitudes que llegan después de las 12:00 horas del viernes, por favor, planificar el futuro!

Es nuestro deseo de convertirse en un socio con usted en el cuidado de sus necesidades médicas y esperamos que esta información le ayudará a entender algunos de los temas importantes que a veces puede disuadir a este objetivo. A cabo el personal está aquí para servirle, el paciente, y si usted tiene alguna pregunta o inquietud, por favor pregunte.

Sinceramente,

MESA FAMILY PHYSICIANS y Personal

He leído lo anterior y entiendo completamente su contenido:

Paciente o la persona responsable

Fecha

¿Cómo se enteró de nosotros?

Libro Teléfono _____; Internet _____; Lista Insurance proveedor _____; Friend _____;
Dr. Referencia _____; Otro _____