

**Perfil Del Paciente**

Doctor: \_\_\_\_\_

Copia de la tarjeta escaneada: ( ) SI ( ) NO

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_

# De Paciente \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F

Dirección : \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Estado Civil: ( ) Casado/a ( ) Soltero/a ( ) Divorciado/a ( ) Otro

Teléfono: \_\_\_\_\_ ( ) Casa ( ) Trabajo ( ) Celular

Doctor que lo / a refirió: \_\_\_\_\_

Teléfono : \_\_\_\_\_ ( ) Casa ( ) Trabajo ( ) Celular

Teléfono del doctor: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ ( ) Casa ( ) Trabajo ( ) Celular

Fax del doctor: \_\_\_\_\_

**EMPLEO DEL PACIENTE**

( ) Empleado/a ( ) Retirado/a ( ) Desempleado/a ( ) Estudiante

Doctor familiar: \_\_\_\_\_

Empresario: \_\_\_\_\_

Teléfono de doctor fam: \_\_\_\_\_

**PERSONA RESPONSABLE**

( ) Igual que el paciente

Fax del doctor fam: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

**EMPLEO DE LA PERSONA RESPONSABLE**

Dirección: \_\_\_\_\_

Empresario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**ASEGURANZA PRIMARIA**

( ) Igual que el paciente ( ) Igual que la persona responsable

Relación al paciente : ( ) el mismo ( ) esposo/a ( ) padres

Nombre del asegurado/a: \_\_\_\_\_

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre de la Aseguranza: \_\_\_\_\_

# de Póliza : \_\_\_\_\_

Cantidad de co-pago : \_\_\_\_\_

# de Grupo de Póliza : \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**ASEGURANZA SECUNDARIA**

( ) Igual que el paciente ( ) Igual que la persona responsable

Relación al paciente: ( ) el mismo ( ) esposo/a ( ) padres

Nombre del asegurado/a : \_\_\_\_\_

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre de la Aseguranza: \_\_\_\_\_

# de Póliza: \_\_\_\_\_

Cantidad de co-pago : \_\_\_\_\_

# de Grupo de Póliza : \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## INFORMACION FINANCIERA DE POLIZA DE COBROS

Debido al aumento de las demandas de las compañías de aseguranza, las siguientes pólizas se han establecido para esta oficina. No hay excepciones para ésta póliza. Por favor lea ésta póliza con cuidado.

Nosotros hacemos todo lo posible para garantizar que todos los servicios sean compatibles con las necesidades especiales de su aseguranza. Aún así, todas las pólizas tienen beneficios diferentes, dependiendo en los deseos y requisitos de los empresarios ó aplicantes. Los beneficios no están siempre disponibles a todos los empleados, aún que tengan la misma compañía de aseguranza. Su compañía de aseguranza informa a todos los participantes que es últimamente su responsabilidad de conocer y entender su póliza con la compañía de aseguranza. No tenemos la capacidad de conocer la póliza de cada individuo, porque varía en cada persona. No podemos garantizar que todos los servicios serán cubiertos por su aseguranza. Es su responsabilidad de verificar todos los beneficios y la información de cobertura antes de tener cualquier servicio proporcionado.

Las compañías de seguros requieren que presentemos todas las reclamaciones en un plazo determinado. Hacemos lo mejor posible de seguir estas pautas impuestas por su compañía de aseguranza. Aún así, si su aseguranza cambia y usted no nos informa, nosotros no podremos hacer el cobro a la compañía apropiada dentro de estos límites de tiempo. Si usted no nos da la nueva información, una forma de rechazo de la aseguranza anterior es la única forma de saber que su aseguranza ha cambiado. Los rechazos generalmente son mandados a nosotros después de el tiempo limitado para pago de su aseguranza. Por esa razón, si usted no nos informa de cualquier cambio, usted puede ser responsable de pago por los servicios ofrecidos. Para su beneficio, por favor notifiquenos de cualquier cambio tan pronto como sea posible.

Usted será responsable por el pago de todos los servicios si alguna de las siguientes circunstancias es aplicable:

- \* Si usted no tiene aseguranza;
- \* Si usted no tiene referencia cuando es requerida y decide que sea visto por el doctor;
- \* Si usted tiene seguro con el cual nosotros no tenemos contrato; ó
- \* Si su compañía de aseguranza rechaza su cobro por alguna razón la cual no pueda ser resuelta.

Tenemos normas estrictas que se aplican a los planes de pago. Si su saldo no es pagado dentro de los 90 días de haber recibido su cobro, nos reservamos el derecho de mandar su cuenta a una agencia de colecciones. El paciente ó la persona responsable de la cuenta será responsable por todos los gastos honorarios de la agencia de colecciones y gastos legales en caso de que llegara a ser necesario. Un cobro de \$25.00 dólares será aplicado a toda la devolución de cheques.

Un cobro será cargado a los pacientes solicitando copias de archivo médico para uso personal, formas de ausencia médica familiar (FMLA) y cartas dictadas por los doctores por razones de uso personal.

Al firmar esta forma, usted está de acuerdo a toda esta información dada en esta hoja, autoriza la revelación de cualquier información médica necesaria para procesar los cobros y autorizar pagos de beneficios médicos a Valley ENT, PC, ó suplente por los servicios prestados.

---

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

FECHA

---

Imprima Su Nombre

## **AVISO DE POLIZA DE PRIVACIDAD PARA LA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA (PHI)**

La oficina de Valley Oídos, Naríz y Garganta está dedicada a proteger su "información de salud personal del público". Esta notificación es para decirle cómo y porqué necesitamos ésta información, y quien tiene acceso a ésta información.

### **COMO RECAUDAMOS SU INFORMACION:**

Su información personal demográfica como su nombre, dirección, fecha de nacimiento, # de seguro social é información de su seguro médico es reunido por usted. Es por ésto que le pedimos que llene la hoja de información del paciente y el porqué le pedimos una copia de la tarjeta de su aseguranza. Esto asegura que la información recibida está correcta.

Si usted vino a nuestra clínica después de haber estado en el hospital, nosotros podríamos obtener ésta información del hospital. Aún así en su primera visita a ésta oficina, nosotros le pediremos que llene nuestra hoja de información para asegurar que la información recibida del hospital está correcta. También podríamos preguntar al doctor ú otro proveedor de asistencia médica el cual lo refirió a ésta clínica para que nos proporcione la información médica que nos permitirá tratar mejor su condición médica. Esto lo beneficia a usted en el que tendremos los resultados de exámenes que usted haya obtenido anteriormente por el doctor que lo refirió a nuestra clínica.

### **PORQUE RECAUDAMOS ESTA INFORMACION:**

Recaudamos ésta información para tratar su condición médica y obtener pago de usted ó de su seguro de salud.

### **MANTENIENDO INFORMACION EXACTA Y OPORTUNA:**

Para asegurar que la información que mantenemos es exacta, cada vez que usted visita nuestra oficina se le hará la pregunta si cualquiera de su información necesita ser actualizada.

### **QUIEN TIENE ACCESO A ESTA INFORMACION:**

Cualquier persona ó personas que usted designe por escrito, personas directamente involucradas en su cuidado médico, personas creando y produciendo su archivo médico, y esas entidades que necesitan su información para procesar los cobros del cuidado de salud y obtener pago por nuestros servicios tienen acceso a su Información De Salud Protegida. Entidades como agencias de Supervisión Gubernamentales, Procedimientos Judiciales y Administrativos, Agencias de Aplicación de Leyes, Examinadores y Médicos Forenses y Organizaciones de Adquisiciones de Organos pueden obtener copias de su Información Protegida de Salud. La ley manda éstas entidades y ésta oficina no tienen jurisdicción sobre tales entidades.

### **COMO PROTEGEMOS SU INFORMACION:**

Nosotros damos su información solamente a ésas personas que necesitan su información. Nosotros mantenemos física, electrónica y garantías procesales para que nadie y solamente las personas involucradas en su salud ó entidades que necesitan ésta información para proceso de pago tengan acceso a su Información de Salud Protegida.

### **SUS DERECHOS:**

Usted tiene los derechos de revisar su Información de Salud Protegida. Usted también el derecho de corregir cualquier error que pueda encontrar en su archivo. (El doctor ú otro proveedor de salud no puede hacer éstas correcciones). Usted puede presentar una declaración de desacuerdo si su enmienda es rechazada, y pedir que la solicitud de enmienda y cualquier negación sea conectada en todas las futuras revelaciones de su Información de Salud Protegida.

Si usted no vuelve a ésta clínica, su Información de Salud Protegida seguirá recibiendo la protección descrita en este aviso.

### **QUEJAS / COMENTARIOS:**

Si usted siente que sus derechos privados han sido violados, usted puede presentar por escrito su queja a nuestra oficina y ponerse en contacto con el Jefe Ejecutivo de ésta clínica at (480) 614-5406. También puede usted presentar su queja por escrito a el Secretario del Departamento de Servicios de Salud y Servicios Humanos a la dirección 200 Independence Avenue, S.W. Room 5009F, HHH Building, Washington, D.C. 20201

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_\_ # de Archivo \_\_\_\_\_

### RECONOCIMIENTO DE HIPPA

He recibido una copia de las Reglas de Intimidad de *Valley ENT, P.C.*, y autorizo a la siguiente lista de personas que pueden recibir mi Información de Salud Protegida. Yo entiendo que puedo revocar ésta autorización en cualquier momento con una notificación por escrito a ésta oficina.

Éstas personas pueden recibir mi Información Protegida de Salud:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Relación al paciente: ( ) Esposo/a ( ) Hijo/a ( ) Padres ( ) otro importante

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Relación al paciente: ( ) Esposo/a ( ) Hijo/a ( ) Padres ( ) otro importante

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Relación al paciente: ( ) Esposo/a ( ) Hijo/a ( ) Padres ( ) otro importante

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Relación al paciente: ( ) Esposo/a ( ) Hijo/a ( ) Padres ( ) otro importante

Podemos dejarle mensajes acerca de nuestra oficina y citas de exámenes en su contestadora de teléfono?

( ) SI ( ) NO

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Paciente ó padres/ persona encargada legal si el paciente es menor de edad)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # de paciente: \_\_\_\_\_

### **LIBERACION DE INFORMACION**

Doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico y he verificado la información proporcionada en el *Perfil del Paciente* e *Historia Médica del Paciente*. Además autorizo al médico para liberar cualquier información médica or cualquier otra información a:

- 1) Una tercera persona responsable de pagar por mis cuidados.
- 2) Cualquier revisión ó agencia de auditoría contratados por un tercer pagador para revisar mi historia médica:
- 3) Un tercero de servicios de sauld ó proveedor de servicios de salud responsable de mi cuidado personal incluyendo pero no limitado a un hospital y otros médicos involucrados.
- 4) Esas personas mencionadas en mi forma de *Conocimiento de HIPAA*.

La autorización será guardada en el expediente de *Valley ENT, P.C.* Una copia de ésta liberación es considerada como una original.

### **ASIGNACION DE BENEFICIOS DE ASEGURANZA**

Yo por la presente envío pago directo de todos los beneficios del seguro, incluyendo Medicare si acaso soy un beneficiario de Medicare a *Valley ENT, P.C.*, por todos los servicios médicos cubiertos y suministros para mí durante todos los cursos de tratamiento y la atención proporcionada por los médicos y el personal de *Valley ENT, P.C.* Yo entiendo y estoy de acuerdo con la Asignación de Beneficios tendrá efecto continuo por el tiempo de que sea tratado/a ó cuidado por *Valley ENT, P.C.*, y constituye una continuación de la autorización, mantenido en el archivo por *Valley ENT*, por el curso de mi tratamiento. Yo entiendo que soy responsable financieramente for todos los cargos ya sea que si ó no estos servicios sean pagados por mi aseguranza.

### **RECONOCIMIENTO DE HIPAA**

Yo he recibido una copia dela Reglas De Intimidad de *Valley ENT, P.C.*, y autorizo a la lista siguiente de personas las cuales pueden recibir mi Información De Saludo Protegida. Yo entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento dando la notificación por escrito a ésta oficina.

Firmado por: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Paciente ó padres/guardian legal si el paciente menor de edad)

Una firma reconoce las tres secciones, Liberación de Informacion, Asignación de Beneficios de Aseguranza y Reconocimiento de HIPAA.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento del paciente:** \_\_\_\_\_

**A NUESTROS PACIENTES:**

Estamos trabajando en la conversión de nuestros expedientes de papel a un sistema de historia médica electrónica, ésta tarea esperamos completarla en los últimos del 2009 en todos nuestros lugares. Una característica de este nuevo sistema es de mandar directamente cualquier receta a la farmacia de su elección. Para poder utilizar este programa, necesitamos tener ésta información en su expediente en el sistema de la computadora. Por favor indique las farmacias que usted usa más comunmente:

**1a. Elección:** \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia

\_\_\_\_\_  
Dirección (ó calle donde está localizada)

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Zona Postal

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Fax

**2a. Elección:** \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia

\_\_\_\_\_  
Dirección (ó calle donde está localizada)

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Zona Postal

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Fax

**3a. Elección:** \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia

\_\_\_\_\_  
Dirección (ó calle donde está localizada)

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Zona Postal

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Fax