



## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:  Fecha de Nacimiento:

Dirección de Domicilio:  Sexo: H:  M:

Ciudad, Estado, Zona Postal:  Núm. SS:

Núm. de Teléfono:  ¿Está bien dejar mensaje? S  N

Núm. Celular:  ¿Está bien dejar mensaje? S  N

Mejor número donde conseguirlo: casa  cel.  Correspondencia Electrónica:

¿Podemos poner en lista de correspondencia?  ¿Cómo escucho de nosotros?

Estado Marital: Casado  Soltero  Divorciado  Viudo/a  Raza  Etnicidad

Médico Refiriéndolo:

Médico de Cabecera:

### INFORMACIÓN DEL EMPLEAMIENTO DEL PACIENTE

Empleado  Retirado  Desempleado  Autónomo

Nombre de Empleador:

Dirección de Empleador:

Ciudad, Estado, Zona Postal:

Teléfono del Empleador:

### CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:

Dirección:

Núm. de Tele.:

Relación:

### ASEGURANZA PRIMARIA

Compañía de Aseguradora:

Núm. de ID:

Núm. De Póliza:

**Lo siguiente es para el que está suscripto a la póliza**

Nombre del Suscriptor:

Núm. de Teléfono del Sub:

Empleador del Sub.:

Fecha de Nacimiento del Sub.:

Núm. SS del Suscriptor:

### ASEGURANZA SECUNDARIA

Compañía de Aseguradora:

Núm. de ID:

Núm. De Póliza:

**Lo siguiente es para el que está suscripto a la póliza**

Nombre del Suscriptor:

Núm. de Teléfono del Sub.:

Empleador del Sub.:

Fecha de Nacimiento del Sub.:

Núm. SS del Suscriptor:

## ASIGNACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE LA ASEGURANZA

(Favor de leer y firmar)

Yo atestiguo que la información que he dado aquí es correcta y verídico según mi mejor conocimiento. Por la presente, asigno pagar directamente al médico y/o a Premier Heart and Vein Care mis beneficios, y autorizo a Premier Heart and Vein Care proporcionar información sobre mi enfermedad a mi compañía de seguros. He sido informado de las Reglas de Privacidad del Paciente conocido como HIPPA. **Entiendo que estoy financieramente responsable de cualquier que por mi compañía de seguros no ha pagado. Reconozco haber recibido la Póliza de Privacidad de HIPPA.**

Firma de paciente o representante del paciente

Fecha

**CONDICIONES DE SERVICIO**  
**POLIZA FINANCIERA**  
**RECONOCIMIENTO DE LA POLIZA DE HIPAA**

**Gracias por elegir Premier Heart and Vein Care. Este documento representa nuestro *Condiciones de Servicios* que se utilizará para resolver cualquier problema o disputa relacionada con el servicio cardiaco y servicio de venas prestados por la práctica. Le pedimos que lea, firme y devuelva este acuerdo antes de cualquier tratamiento.**

**CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO:** El paciente identificado a continuación consiente y aprueba el diagnóstico y el tratamiento cardíaco terapéutico y/o evaluaciones y tratamiento del cuidado de venas, que pueden ser realizados o asistidos por el Dr. Kenneth Stevens y su Personal. Estas evaluaciones y tratamientos pueden incluir, pero no se limitan a, evaluación o consulta inicial, examen historial y físico, y seguimiento periódico. Las evaluaciones cardíacas incluyen electrocardiogramas y análisis de sangre. Las evaluaciones y tratamientos de las venas incluyen el estudio de ultrasonido venoso de las extremidades inferiores, la infiltración de anestesia local tumescente, ablación por radiofrecuencia, escleroterapia guiada por ultrasonido, escleroterapia Veinlite y/o terapia venosa conservadora. Las derivaciones apropiadas se facilitarán también para optimizar la atención al paciente, así como para los servicios no disponibles dentro de la práctica.

**PAGOS:** Premier Heart and Vein Care participa con muchos planes de seguro para conveniencia de nuestros pacientes. Su compañía de seguros determina su copago y/o deducibles. Para garantizar que la póliza de seguro se aplique, nuestros contratos requieren que todas las instalaciones médicas cobren estas tarifas. Por favor, entienda que el pago de su factura se considera en parte responsabilidad del paciente. Pago, según las pólizas a continuación, se debe en el momento del servicio. Aceptamos pagos en efectivo, cheques, Care Credit, Visa, American Express y Master Card. "Cheques devueltos" por falta de fondos tendrá, cobrado al paciente, una tarifa de \$50.00. Es su responsabilidad ponerse en contacto con nosotros tan pronto como usted es consciente de que su cheque ha sido devuelto sin pago. También, si escribe un cheque deshonorado o sin fondos, tendrá que pagar la factura en efectivo o con tarjeta de crédito.

**PACIENTES CON PLANES DE ASEGURANZA:** Para que podamos cobrar correctamente a su compañía de seguros, necesitaremos en el momento de su visita, una copia de su tarjeta de identificación del plan de salud y la identificación adecuada. Usted es responsable de pagar los cobros que su plan de salud no cubre incluyendo, pero no limitado a: deducibles, copagos, coseguros y servicios no cubiertos. Si su seguro requiere autorización previa para tratamiento o un procedimiento, estaremos encantados en ayudarle; sin embargo, es responsabilidad del paciente asegurar que la autorización se obtiene antes de cualquier procedimiento. Para los servicios considerados "no médicamente necesarios" por su plan de seguro, se le pedirá que lea y firme un Acuerdo de Responsabilidad del Paciente cada vez que solicite esos tipos de tratamiento. Los copagos tienen que ser pagados en el momento de su visita a la oficina de acuerdo con nuestro acuerdo con su plan de salud. Cualquier cantidad de "coseguro" que usted debe por los servicios prestados se debe y se paga al recibir nuestra cuenta. Las cuentas no pagadas en un plazo de sesenta (60) días se considerarán morosa y deberán pagarse antes de programar su próxima visita a la oficina.

**PACIENTES SIN SEGURO:** El pago en su totalidad se debe en el momento del servicio. Si usted es un paciente de Premier Heart and Vein Care y usted no puede pagar todo el saldo en el momento del servicio, ofrecemos una opción de pago bajo nuestro acuerdo con Care Credit, una compañía de financiación de pagos para pacientes. No podremos realizar cualquier tratamiento o procedimiento sin recibir el pago completo en el momento de su visita.

**MEDICARE:** Nuestra oficina presentará sus cargos de Medicare a Medicare y su seguro secundario si corresponde. ¡Usted es responsable de deducibles, copagos y cualquier servicio no cubierto según su acuerdo firmado de Notificación Previa al Beneficiario de Medicare (ABN)!

**CITAS PERDIDAS:** Visitas a la oficina, seguimientos y pruebas de ultrasonido: Notifique a esta oficina con al menos 24 horas de antelación de cualquier cancelación. Si no se nos notifica, se le cobrará una tarifa de \$25.00 por una visita a la oficina, tarifa de \$50.00 por un escaneo o \$150.00 por un procedimiento. Habrá una tarifa de "No Show" para cualquier paciente que no llame para cancelar una cita. Las tarifas son las siguientes: \$100.00 para una cita de seguimiento, \$150.00 para un escaneo y \$250.00 para un procedimiento.

**OBJETOS DE VALOR PERSONALES:** Se entiende y se acuerda que Premier Heart and Vein Care no se hace responsable de la pérdida, robo o daño a cualquier propiedad personal que quede en cualquier cuarto de examinación, sala de escaneos o de procedimiento, incluyendo, pero no limitados a: dinero en efectivo, monedas, chequeras, joyas, documentos, anteojos, audífonos u otros bienes personales.

**CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIAR/GRABAR EN VIDEO/ENSEÑAR:** Se le permite a Premier Heart and Vein Care tomar fotos del progreso médico o quirúrgico que implica el cuidado de venas. El paciente da su consentimiento para la fotografía y/o grabación en video durante procedimientos médicos o quirúrgicos y el uso de estos con fines de investigación científica, educativa o médica. El paciente consiente además la documentación fotográfica de rutina relacionada con la atención al paciente. Puede haber otros médicos y técnicos observando su procedimiento (con su permiso) con el fin de mejorar su educación médica y capacitación, ya que somos un centro de enseñanza.

**INDEMNIZACIÓN:** Si un tribunal de justicia considera que cualquier término o condición de este acuerdo es inválido o inaplicable, este acuerdo, incluidos todos los términos y condiciones restantes, permanecerá en pleno vigor y efecto como si nunca se hubiera incluido dicho término o condición inválido o inaplicable. Mi firma a continuación reconoce que he recibido una copia de este documento y acepto sus términos.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Autorizo a Premier Heart and Vein Care a entregar a mi compañía de seguros y sus agentes y/o mi aseguradora Medigap cualquier información necesaria para determinar los beneficios o beneficios pagaderos a Premier Heart and Vein Care por servicios relacionados.

**INCUMPLIMIENTO:** Entiendo que independientemente de la cobertura del seguro, si después de la suspensión de pagos, mi cuenta se pone en manos de un abogado o agencia de cobro para la recolección, la persona firmando este acuerdo se compromete a pagar cualquier saldo no pagado y todos los honorarios o costo de abogado y/o su cobro para coleccionar el saldo debido.

Gracias por tomarse el tiempo para leer y entender nuestra Póliza Financiera. Nuestra práctica cree que la buena comunicación es esencial para tener una buena relación con nuestros pacientes. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud antes de firmar a continuación. Su firma indica que ha leído esta póliza y entiende y acepta sus términos.

He leído y acepto los párrafos de Póliza Financiera y Divulgación de Información Inicial indicado Anteriormente.

Me han ofrecido/me han dado una copia de la Póliza HIPAA de Premier Heart and Vein Care y los Derechos y Responsabilidades Iniciales del Paciente y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

Firma

Letra de molde

Fecha



## AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR O ENVIAR EXPEDIENTES MÉDICOS

Yo autorizo a Premier Heart and Vein Care a recibir o enviar mis expedientes médicos a/de los siguientes partidos:

Nombre del Paciente:  Fecha de Nacimiento:

Premier Heart and Vein Care puede ENVIAR copias de mis expedientes a:

Premier Heart and Vein Care puede OBTENER copias de mis expedientes médicos:

Nombre de Institución o Médico

Dirección

Ciudad, Estado, Zona Postal

Número de Fax

Nombre de Institución o Médico

Dirección

Ciudad, Estado, Zona Postal

Número de Fax

INFORMACION QUE SE ENVIARA:

Notas de Consulta

Estudio de Radiografías o Imágenes (CT,MRI etc.)

Resultados de Laboratorios

Registros de Inmunización

OTRO

**Expedientes se enviará a:**

**Premier Heart and Vein Care**

**3231 S. Higuera St.**

**San Luis Obispo, CA. 93401**

**Phone: 805-540-3333**

**Fax: 805-540-3344**

Información que desea EXCLUIR de los expedientes:

(por favor sea especifico en lo que desea excluir)

Esta información será usada con los siguientes propósitos: Tratamiento, Pago, (ie. Compañía de aseguranza) Operaciones Rutinarias de su Cuido de Salud

Esta autorización estará en efecto un año de la fecha de autorización o hasta la fecha:

Firma de paciente o representante:  Fecha:

Nombre en letra del molde:  Relación con paciente: