



Nombre del paciente (Último) _____ (Primero) _____ (Iniciales) _____

SS# _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Estado Civil _____ Sexo _____

Raza: (opcional) _____ Ethnia: (opcional) _____ Idioma preferida: _____

Médico remitente: _____ Teléfono #: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono #: _____

Dirección Local	Dirección permanente/postal
-----------------	-----------------------------

Calle _____ Apto # _____ Calle _____ Apto # _____

Ciudad, Estado, Zip _____ Ciudad, Estado, Zip _____

Teléfono (H) _____ (Móvil) _____ Teléfono (H) _____ (Móvil) _____

Dirección de correo electrónico: _____ ¿Quiere registrarte en el portal web? Sí No

Directivas avanzadas

Nada Testamento vital Confianza viva DNR (no resucitar) POA (Poder legal) Testamento vital y POA

Contacto de emergencia

Nombre (Último) _____ (Primero) _____ (Iniciales) _____

Teléfono (H) _____ (Móvil) _____ Relación con el paciente _____

**He leído y reconozco todas las políticas anteriores asociadas con Pioneer Cardiovascular Consultants, PC, incluidas:
(POR FAVOR SUS INICIALES)**

____ Autorización para divulgar registros médicos

____ Política financiera (a menos que notifique al departamento de facturación, entiendo que recibiré estados de cuenta por correo electrónico si proporcioné mi dirección de correo electrónico).

____ Reconocimiento de prácticas de privacidad y directivas avanzadas

____ Reconocimiento de Aviso de Privacidad y Consentimiento de Comunicación

____ Política de cancelación de citas y no presentación

Firma del paciente/padre/legalmente autorizado

Fecha

Nombre impreso del paciente/padre/legalmente autorizado _____



2149 E. Baseline Rd, #103, Tempe, AZ 85283
TEL: (480) 345-0034 F: (480)345-4033

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del paciente: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Por la presente, autorizo a Pioneer Cardiovascular Consultants / la práctica externa, a recibir y / o divulgar registros médicos en mi nombre.

☐

Todos los registros de salud en su práctica, relacionados conmigo mismo

☐

Información de salud específica:

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización. Debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito a la Práctica. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorga a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza.

Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad al (480) 345-0034.

La Práctica, sus empleados, funcionarios y médicos quedan liberados de cualquier responsabilidad legal u obligación por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada. aquí. O según lo permita la ley.

Firma de la relación del paciente (o representante personal)

Relación del paciente

Fecha

Testigo

Relación del paciente

Fecha

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL DE SU VISITA HOY?

ALERGIAS A MEDICAMENTOS:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

MEDICAMENTOS ACTUALES:	Dosis (mg)	Veces al día
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

POR FAVOR, ENUMERE CUALQUIER CONDICIÓN MÉDICA ANTERIOR O ACTUAL: (POR EJEMPLO: HIPERTENSIÓN, COLESTEROL, DIABETES, ETC.)

HISTORIA QUIRÚRGICA/HOSPITALIZACIONES (Proporcione las fechas):

POR FAVOR, MARQUE CUALQUIER HISTORIAL FAMILIAR PERTINENTE:

MIEMBRO DE LA FAMILIA:	DIABETES	HIPERTENSIÓN	ENFERM EDADES	GOLPE	CÁNCER	OTROS: (ESPECIFICAR)
MADRE						
PADRE						
HERMANOS						

HISTORIA SOCIAL:

¿CUÁL ES SU OCUPACIÓN?: _____

¿HACES EJERCICIO? SI ES ASÍ, ¿QUÉ TIPO DE EJERCICIO HACES Y CON QUÉ FRECUENCIA?

HISTORIA DE LA SUSTANCIA:

¿ALGÚN CONSUMO DE TABACO PASADO O ACTUAL? SÍ / NO (Proporcione cantidad por día / fecha de salida si corresponde)

¿ALGÚN CONSUMO DE DROGAS PASADO O ACTUAL? SÍ / NO _____

¿ALGÚN CONSUMO DE ALCOHOL PASADO O ACTUAL? SÍ / NO

Por favor, indique con qué frecuencia/cantidad _____

¿ALGÚN USO DE CAFÉINA? SÍ / NO _____



POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegirnos como sus cardiólogos. Estamos comprometidos a brindarle atención médica de calidad y asequible. Es nuestra política que el pago vence en el momento del servicio a menos que se hayan hecho otros arreglos financieros. Por favor, lea esta política, pregúntenos cualquier pregunta que pueda tener e inicie sesión en el espacio provisto. Se le proporcionará una copia a pedido. Tenga en cuenta que se aceptan la mayoría de las formas de pago: tarjeta de crédito (MC, Visa, AmEx, Discover), tarjeta de débito, cheque (incluido el cheque de caja o el dinero en efectivo) y efectivo. Se cobrará una tarifa NSF de \$35 por todos los cheques devueltos por fondos insuficientes.

Seguros. Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluido Medicare. Si no está asegurado por un plan con el que hacemos negocios, se espera el pago completo en cada visita. Si está asegurado por un plan con el que hacemos negocios pero no tiene una tarjeta de seguro actualizada, se requiere el pago completo de cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. Conocer los beneficios de su seguro es su responsabilidad. Por favor, comprenda que usted es responsable del pago, incluso si espera que el seguro cubra todo o parte del pago. Comuníquese con su compañía de seguros con cualquier pregunta que pueda tener con respecto a su cobertura.

Copagos, deducibles y coseguros. Todos los copagos, deducibles y coseguros deben pagarse en el momento del servicio (excluyendo Medicare). Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros. El hecho de que no cobremos los copagos, deducibles y coseguros de los pacientes puede considerarse fraude. Por favor, ayúdenos a cumplir con la ley pagando su copago en cada visita. Tenga en cuenta que es posible que se le cobre por las citas perdidas (consulte la política de cancelación de citas por separado).

Servicios no cubiertos. Tenga en cuenta que algunos, y tal vez todos, los servicios que recibe pueden no estar cubiertos o no ser considerados razonables o necesarios por Medicare u otras aseguradoras. Debe pagar estos servicios en su totalidad en el momento de la visita. En la medida en que sea razonablemente posible, se le notificará antes de la cita programada si este es el caso. Recuerde que usted es 100% responsable de todos los cargos incurridos; la referencia de su médico y/o nuestra verificación de los beneficios de su seguro no son una garantía de cobertura. Algunos laboratorios y otras pruebas realizadas en instalaciones externas pueden incurrir en cargos de esas instalaciones.

Comprobante de seguro. Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información para el paciente antes de ver al médico. Podemos obtener una copia de su licencia de conducir y un seguro válido actual para proporcionar prueba de seguro. Si no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, puede ser responsable del saldo de un reclamo.

Presentación de reclamaciones. Presentaremos sus reclamos y lo ayudaremos de cualquier manera que razonablemente podamos para ayudarlo a pagar sus reclamos. Es posible que su compañía de seguros necesite que proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no su reclamo. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; no somos parte de ese contrato.

Cambios en la cobertura. Si su seguro cambia, notifíquenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarlo a recibir sus beneficios máximos. Si su compañía de seguros no paga su reclamo en 45 días, el saldo se le facturará automáticamente.

Impago. Si su cuenta tiene más de 90 días de vencimiento, recibirá una carta que indica que tiene 20 días para pagar su cuenta en su totalidad. No se aceptarán pagos parciales a menos que se negocie lo contrario. Tenga en cuenta que si un saldo permanece sin pagar, podemos referir su cuenta a una agencia de cobranza y usted y sus familiares inmediatos pueden ser dados de baja de esta práctica. En el caso de que el pago no se realice en esta cuenta y se remita a una agencia de cobro, yo / nosotros acordamos pagar la tarifa de la agencia de cobro del 33% además del saldo de cobros. Cualquier arreglo / pago deberá pagarse directamente con / a la agencia de cobro. Si esto va a ocurrir, se le notificará por correo regular y certificado que tiene 30 días para encontrar atención médica alternativa. Durante ese período de 30 días, nuestro médico solo podrá atesorarlo de emergencia.

Plan de pago. Por favor, háganos saber si tiene dificultades para pagar su cuenta. Es posible que podamos ayudarlo estableciendo un plan de pago basado en sus dificultades financieras. Llame al (480) 345-0034 para obtener ayuda.

Nuestra práctica está comprometida a proporcionar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Nuestros precios son representativos de los cargos habituales y habituales para nuestra área. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído y entiendo la política de pago y acepto cumplir con sus directrices.

AUTORIZACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE

Lea detenidamente cada una de las siguientes declaraciones y firme como su autorización, comprensión y acuerdo con cada declaración.

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN: Por la presente, asigno mis beneficios de seguro para que se paguen directamente al médico. También autorizo al médico a divulgar cualquier información requerida para procesar este reclamo a mi empleador, posible empleador y / o compañía de seguros.

SOLO PARA PACIENTES DE MEDICARE

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN DE BENEFICIARIOS DEMEDICARE: Solicito que el pago bajo el programa de seguro médico se haga a mí o al proveedor mencionado anteriormente en cualquier factura de servicios amueblado para mí.

Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a Medicare y sus agentes cualquier información necesario para determinar estos beneficios o beneficios para servicios relacionados.

Política de cancelación de citas y no presentación

Si no cancelo mi cita antes de las 24 horas hábiles antes de la hora de mi cita, incurriré en un cargo por no presentarme (esto incluye visitas al consultorio, procedimientos hospitalarios y / o pruebas).

Si no me presento a una cita, incurriré en un cargo de \$50.00 por visitas al consultorio, cargo de \$75.00 por pruebas, cargo de \$100.00 por pruebas de estrés nuclear y / o un cargo de \$ 100 por procedimientos hospitalarios. Se cobrará la misma tarifa si no sigo las instrucciones de la prueba y / o doy un aviso de 24 horas hábiles para cancelar o reprogramar mi cita.

He leído y entendido, y acepto estas políticas de Pioneer Cardiovascular Consultants, PC.



Aviso de Privacidad Reconocimiento y Consentimiento de Comunicación

Nombre del paciente: _____ DOB: ____/____/_____
POR FAVOR, IMPRIMA EL NOMBRE

A continuación, enumere la farmacia que utiliza, incluido el número de teléfono, la dirección o las calles transversales:

Nombre: _____ **Teléfono:** _____

Dirección/Cruce de calles: _____

Debemos llamarlo a veces para darle lo que está clasificado como información de salud protegida. Por favor, háganos saber cómo podemos ponernos en contacto con usted con esta información y si podemos dejar un mensaje.

¿Enlazar Nosotros Salir detallado o confidencial Mensajes en usted hogar Teléfono?
Sí ☐ No ☐ Número de inicio: _____

¿Enlazar Nosotros Salir detallado o confidencial Mensajes en usted celda Teléfono?
Sí ☐ No ☐ Teléfono celular: _____

¿Enlazar Nosotros correo test Resultados Para usted hogar?
Sí ☐ No ☐

Exclusiones/Alertas (Tenga en cuenta cualquier información que no desee que se divulgue a personas autorizadas:

Nosotros mosto llamar tú en veces para dar tú qué es clasificado como protegido Salud información.
¿Enlazar Nosotros hablar Para nadie Otro que tú con respecto a laboratorio, resultados radiología, u otro cuestiones con respecto a usted salud?

NOMBRE	RELACIÓN	PREGUNTA SECRETA	RESPUESTA
1)			
2)			

Mi firma a continuación autoriza el consentimiento de comunicación, así como reconoce que he recibido una copia de Pioneer Cardiovascular Consultants, P.C. Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre del paciente (por favor imprimir)

Fecha

Paciente o persona autorizada para firmar

Si no es paciente, relación con el paciente