

# Información Del Paciente

Fecha de hoy: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Género  M  F Seguro Social: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero  Casado  Otro **Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Números de teléfono (casa): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (celular): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (trabajo): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Su lesión se debe a un accidente automovilístico o una lesión relacionada con el trabajo?  Sí  No

¿Tiene un abogado para su lesión?  Sí  No

**Si respondió SÍ a las preguntas anteriores, ¡DETÉNGASE y comuníquese con la OFICINA PRINCIPAL!**

Los mensajes se pueden dejar en:  Casa  Celular  Trabajo

Nombre del empleador/escuela o afiliación: \_\_\_\_\_

Empleado  Desempleado  Discapacitado  Jubilado  Estudiante

¿Podemos dejar un mensaje con los miembros de la familia?  Sí  No Si responde "Sí" Nombre \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**La información a continuación se recopila de conformidad con los requisitos del Departamento de Salud de TN de conformidad con la ley estatal de TN. (POR FAVOR RESPONDA A AMBOS)**

1. **RAZA:**  Blanco  Negro/afroamericano  Indio americano o nativo de Alaska  Asiático o isleño del Pacífico  Hispano  
 Asiático  Raza desconocida

2. **ETNICIDAD:**  Origen hispano  Origen no hispano  Desconocido si es de origen hispano

**Responsable de la cuenta:**  **AUTO**

Nombre: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Dirección (si es diferente a la del paciente): \_\_\_\_\_

**Garante-** Situación laboral:  Empleado  Estudiante FT  Estudiante PT  Trabajador por cuenta propia  Jubilado

Nombre del empleador del garante: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿TIENE SEGURO?:  **SI**  **NO**

Compañía de seguro principal: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_ N.º de póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros secundaria: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_ N.º de póliza: \_\_\_\_\_

Quién lo refirió a nuestra oficina: \_\_\_\_\_ **Médico de Atención Primaria:** \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Está usted en el manejo del dolor?  Sí  NO Si la respuesta es Sí, ¿dónde? \_\_\_\_\_

¿Está bajo el cuidado de otros médicos o especialistas?  Sí  NO

**NOMBRE DE LA FARMACIA:** \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ ST: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Para mantener un registro médico preciso y actualizado, solicitamos permiso para consultar un recurso externo para obtener una lista de sus medicamentos. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

# Divulgación De Información Médica

NOMBRE (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, autorizo a RiverRun HEALTH Sports + Ortho a divulgar mi información médica y de facturación a:

## RELACIÓN

## NOMBRE DE LA PERSONA DESIGNADA

CÓNYUGE  SÍ  NO \_\_\_\_\_

HIJOS  SI  NO \_\_\_\_\_

SUEGROS  SÍ  NO \_\_\_\_\_

CUIDADORES  SI  NO \_\_\_\_\_

PADRES  SI  NO \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

• Todos los pacientes mayores de 18 años deben contener documentación que indique si se ha ejecutado una directiva médica anticipada para los miembros de Medicaid/Medicare.

• ¿Tiene un testamento en vida o un poder notarial?:  Sí  No.

Le pedimos que si tiene algún cambio en esta solicitud, informe a la recepcionista.

RiverRun HEALTH Sports + Ortho puede dejar información de citas en mi correo de voz:

INICIO  SI  NO \_\_\_\_\_

TRABAJO  SI  NO \_\_\_\_\_

FAMILIAR  SI  NO \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Autorizo a los siguientes a recoger recetas, radiografías, etc.

## RELACIÓN

CÓNYUGE  SÍ  NO \_\_\_\_\_

FAMILIAR  SI  NO \_\_\_\_\_

CUIDADOR  SI  NO \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Entiendo que RiverRun HEALTH Sports + Ortho solicitará la identificación de la persona que recoge la información o los productos médicos del paciente.



# Evaluación del Paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

¿Se debe a una lesión no relacionada con el trabajo?  Sí  No

¿Si sí, cuándo? \_\_\_\_\_ ¿dónde? \_\_\_\_\_ ¿a qué hora? \_\_\_\_\_

¿Es esto debido a una lesión en el trabajo?  Sí  No En caso afirmativo, fecha de la lesión \_\_\_\_\_

¿Se ha informado esto a su empleador?  Sí  No ¿Sigues trabajando?  Sí  No

Problema que se ve hoy: \_\_\_\_\_  Derecha  Izquierda

¿Qué síntomas está experimentando? \_\_\_\_\_

¿Por cuanto tiempo has tenido este problema? \_\_\_\_\_

¿Ha experimentado este problema en el pasado?  Sí  No En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

¿Qué empeora su dolor? \_\_\_\_\_

¿Qué hace que su dolor mejore? \_\_\_\_\_

¿Ha visto a otro médico por este problema?  Sí  No Por favor explique: \_\_\_\_\_

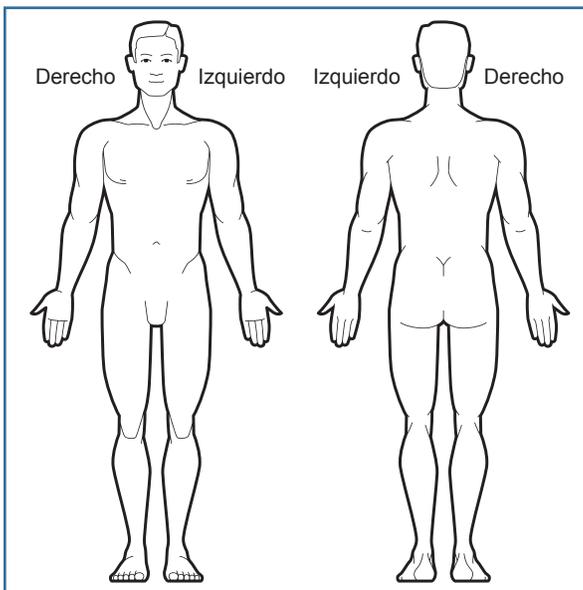
¿Ha tenido tratamiento previo para este problema?  Sí  No Por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Tuviste alguna prueba previa? (Marque)  Rayos X  MRI  Tomografía computarizada  EMG  DEXA (escaneo óseo)

¿Si sí donde? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

En la siguiente ilustración, utilice los siguientes símbolos para explicar sus síntomas:

Dolor ^^^^ Agudo <<<< Ardor //// Dolor sordo = = = = Entumecimiento x x x x Alfileres/Agujas \* \* \* \*



Escala de dolor (por favor marque)

- 0 Sin dolor
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 Dolor moderado
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Dolor severo

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_





# Historial Médico

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## REVISIÓN DE SISTEMAS: ¿Ha experimentado recientemente (Por favor marque):

### Cardiovascular

- Dolor de pecho
- Mareos
- Acumulación de fluidos
- Latido irregular del corazón
- Falta de aliento
- Palpitaciones

### Otorrinolaringología

- Disminución de la audición
- Dificultad para tragar
- Zumbido en los oídos
- Usa dentaduras postizas

### Gastrointestinal

- Reflujo gástrico/ERGE
- Dolor abdominal
- Náuseas
- Acidez estomacal
- Sangre en heces

### General/Constitucional

- Escalofríos
- Tos
- Frío
- Fatiga
- Fiebre
- Dolor De Cabeza
- Insomnio
- Aumento De Peso Significativo
- Pérdida De Peso Significativa

### Genitourinario

- Dolor Abdominal
- Sangre En La Orina
- Dificultad Para Orinar
- Dolor Al Orinar
- Incontinencia Urinaria

### Hematología

- Moretones fáciles
- Transfusión reciente
- Sangrado prolongado
- Anemia

### Musculoesquelético

- Dolor En Las Articulaciones
- Articulaciones Inflamadas
- Debilidad
- Calambres En Las Piernas
- Rigidez De Las Articulaciones
- Dolores Musculares

### Neurológico

- Pérdida De Uso De Extremidad
- Dolor Lumbar
- Convulsiones
- Temblores
- Hormigueo/Entumecimiento
- Dificultad De Equilibrio
- Anomalía De La Marcha
- Pérdida De Fuerza
- Dolor De Cuello

### Oftalmología

- Visión Borrosa
- Usa Anteojos
- Usa Lentes De Contacto

### Psiquiátrico

- Ansiedad
- Depresión
- Ideación Suicida
- Claustrofóbico
- Trastorno Bipolar
- Dificultad Para Dormir
- Abuso De Sustancias
- Pensamientos Suicidas
- Mental O Abuso Físico

### Respiratorio

- Tos
- Dolor Con Inspiración
- Falta De Aliento En Reposo
- Falta De Aliento Con Esfuerzo
- Sibilancias

### Piel

- Cambio De Color
- Palidez
- Erupción
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO PASADO (Por favor marque):

- Enfermedad De Alzheimer
- Anemia
- Angina/Dolor De Pecho
- Ansiedad
- Asma
- Fibrilación Auricular
- Trastorno Autoinmune
- Coágulos De Sangre
- BPH/Próstata Agrandada
- Cáncer
- Escribe \_\_\_\_\_

- Trastorno De La Coagulación
- EPOC/Enfisema
- Enfermedad De Crohn
- Acv/Accidente Cerebrovascular
- Depresión
- Diabetes
- Escribe \_\_\_\_\_
- Dependiente De \_\_\_\_\_
- Insulina \_\_\_\_\_

- Fibromialgia
- Enfermedad De La Vesícula Biliar
- Erge/Reflujo Ácido
- Gota
- Hepatitis
- A \_\_\_ B \_\_\_ C \_\_\_
- Presión Arterial Alta
- Colesterol Alto
- VIH/SIDA
- Insomnio

- Enfermedad Del Intestino Irritable
- Enfermedad Renal
- Enfermedad Hepática
- Lupus
- IM/Ataque Al Corazón
- Migrañas
- Osteoartritis
- Osteoporosis
- Enfermedad De Parkinson

- Enfermedad Ulcerosa Péptica
- TEPT
- ITU Recurrente
- Reumatoide
- Trastorno Convulsivo
- Enfermedad De La Tiroides
- Otro: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

¿Alguna condición médica que no esté en la lista?  Sí  No Por favor enumere: \_\_\_\_\_

¿Está embarazada o amamantando?  Sí  No En caso afirmativo, detalle: \_\_\_\_\_

## HISTORIA FAMILIAR:

Enumere los problemas de salud familiares diagnosticados Enumere los problemas de salud familiares diagnosticados

- |          |  |                 |       |
|----------|--|-----------------|-------|
| Padre    | <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido | edad _____      | _____ |
| Abuelo   | <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido | edad _____      | _____ |
| Abuela   | <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido | edad _____      | _____ |
| Madre    | <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido | edad _____      | _____ |
| Abuela   | <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido | edad _____      | _____ |
| Abuelo   | <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido | edad _____      | _____ |
| Hermanos | ¿Cuántos hermanos? _____   | Hermanas? _____ | _____ |
| Hijos    | ¿Cuántos hijos? _____  | Hijas? _____    | _____ |

# Historia Social

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

¿Fumas?  No  Nunca  Sí  Salió Edad De Inicio \_\_\_\_\_ Año De Finalización \_\_\_\_\_

¿Cuántos Paquetes Por Día? \_\_\_\_\_  E-Cigarrillo \_\_\_\_\_  Vape \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

¿Uso De Alcohol?  No  Sí

¿Tomó Una Bebida Que Contenía Alcohol En El Último Año?  No  Sí

En Caso Afirmativo: ¿Con Qué Frecuencia Bebió Una Bebida Que Contenía Alcohol En El Último Año?

Nunca  Ocasionalmente  Moderada

En Caso Afirmativo: ¿Cuántos Tragos Bebió En Un Día Típico Cuando Bebía En El Último Año?

Nunca  Ocasionalmente  Moderada

En Caso Afirmativo: ¿Con Qué Frecuencia Bebió 6 O Más Tragos En Una Ocasión Durante El Último Año?

Nunca  Ocasionalmente  Moderada

Abuso De Drogas Anterior?  No  Sí

En Caso Afirmativo, Indique Los Detalles \_\_\_\_\_

¿Empleado?  No  Sí Por favor Marque:  Completo  Medio Tiempo  Jubilado  Discapacitado  Estudiante

Ocupación: \_\_\_\_\_

Deberes De Trabajo: \_\_\_\_\_

¿Utiliza Dispositivos De Asistencia?  Ninguno  Bastón  Andador  Muletas  Silla De Ruedas

Es Usted:  Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Pareja

¿Vives Solo?  No  Sí Si no, ¿con quién vive? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna creencia religiosa que cambiaría su tratamiento?



# Consentimiento General Para El Tratamiento

**Como paciente, usted tiene derecho a que se le informe sobre sus condiciones y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado que se utilizará para que pueda tomar la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros involucrados. En este momento de su atención, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo por obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y/o procedimiento apropiado para cualquier condición identificada.**

Solicito y autorizo la atención médica que mi proveedor, su asistente o las personas designadas (colectivamente denominados "los proveedores") consideren necesaria o aconsejable. Esta atención puede incluir, entre otros, diagnósticos de rutina, radiología y procedimientos de laboratorio, administración de medicamentos de rutina, terapias biológicas y de otro tipo, y atención médica y de enfermería de rutina. Autorizo a mi(s) proveedor(es) a realizar otros servicios adicionales o extendidos en situaciones de emergencia si es necesario o aconsejable para preservar mi vida o salud. Entiendo que mi (el paciente) cuidado es dirigido por mi(s) proveedor(es) y que otro personal me brinde atención y servicios a mí (el paciente) de acuerdo con las instrucciones del proveedor.

Entiendo que tengo el derecho y la oportunidad de discutir planes alternativos de tratamiento con mi proveedor y de preguntar y recibir respuestas satisfactorias a cualquier pregunta o inquietud.

En caso de que un trabajador de la salud esté expuesto a mi sangre o fluidos corporales de una manera que pueda transmitir el VIH (virus de inmunodeficiencia humana), el virus de la hepatitis B o la hepatitis C, doy mi consentimiento para que se analice mi sangre y/o fluidos corporales para estas infecciones y el informe de los resultados de mis pruebas al trabajador de la salud que ha estado expuesto. \_\_\_\_\_ (inicial)

**HE LEÍDO O ME HAN LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE ESTE CONSENTIMIENTO; HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y ME HAN ABORDADO ESTAS PREGUNTAS.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Consentimiento del tutor legal, defensor del paciente o pariente más cercano **si el paciente no puede firmar**

Consentimiento del cuidador **si el paciente no puede firmar**

Nombre del tutor legal, defensor del paciente, pariente más cercano u otro: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Habla a: \_\_\_\_\_

Firma del anterior: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Política Financiera Del Paciente

*Este es un acuerdo entre AdvancedHEALTH, como acreedor, y el Paciente/Deudor nombrado en este formulario e indicado por la firma del paciente/deudor a continuación.*

*En este acuerdo, las palabras “usted”, “su” y “suyo” significan el Paciente/Deudor. La palabra “cuenta” significa la cuenta que se ha establecido a su nombre a la que se le cobran cargos y se acreditan los pagos. Las palabras “nosotros”, “nosotros” y “nuestro” se refiere a AdvancedHEALTH. Al ejecutar este acuerdo, usted acepta pagar por todos los servicios prestados.*

*Fecha de vigencia: una vez que haya firmado este acuerdo, acepta todos los términos y condiciones contenidos en este documento y el acuerdo estará en pleno vigor y efecto. Se le proporcionará una copia de su acuerdo financiero firmado.*

## **SEGURO MÉDICO - Es SU responsabilidad:**

- Asegúrese de que se nos haya proporcionado la información de seguro más actualizada relacionada con la presentación de su reclamo, incluida la tarjeta de seguro, el número de identificación, el empleador, la fecha de nacimiento y la dirección del paciente. Esta información se ubicará en nuestro formulario de registro de pacientes.
- Asegúrese de que tengamos un contrato con su compañía de seguros para recibir los máximos beneficios.
- Pague su copago o parte del paciente en el momento del servicio.
- Infórmenos de cualquier cambio de seguro realizado después de este acuerdo firmado/fecha de servicio. Las compañías de seguros tienen pautas específicas de presentación oportuna y requisitos de autorización previa para ciertos servicios. Si la información revisada del seguro no se nos proporciona dentro de los límites de presentación oportunos de su seguro, deberá pagar los servicios en su totalidad. Si se requería autorización previa para los servicios que ya recibió y su reclamo es denegado por falta de autorización, deberá pagar la totalidad de los servicios.
- Comuníquese con su compañía de seguros si no recibe correspondencia dentro de los 45 días posteriores a la fecha del servicio.

## **Es NUESTRA responsabilidad:**

- Presentar un reclamo a su compañía de seguros de salud en base a la información proporcionada por el paciente/deudor en el momento del servicio o según se proporcione información actualizada.
- Proporcione a su aseguradora de salud la información necesaria para determinar los beneficios. Esto puede incluir atención médica registros y/o una copia de su tarjeta de seguro.
- Proporcionar a los pacientes de MVA un formulario de reclamo de seguro de salud de cortesía para sus registros cuando lo soliciten.

**OPCIONES DE PAGO:** Según nuestro acuerdo contratado con su compañía de seguros, debemos cobrar su copago el día del servicio. Si no tiene seguro, debe pagar el tratamiento en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos formalmente. Se le proporcionará un acuerdo financiero independiente de pago por cuenta propia. Nuestra oficina cobra todos los copagos más el coseguro estimado y los deducibles en el momento del servicio.

**Aceptamos lo siguiente: Dinero en efectivo Cheque Tarjeta de crédito (Visa, MasterCard, Discover, American Express)**

**Se cobrará un cargo por cheque devuelto de veinticinco dólares (\$25.00) a la cuenta del paciente por incidente.**

Para mayor comodidad, los pagos pueden realizarse en línea en [www.ePayItOnline.com](http://www.ePayItOnline.com). Para utilizar este servicio, necesitará su número de cuenta, código de acceso y código de identificación. Esta información se puede encontrar en el estado de cuenta del paciente que recibirá reflejando su saldo.

**Los pacientes que no se presenten pueden estar sujetos a una tarifa de \$25.00 por no presentarse.**

**APROBACIONES PENDIENTES PARA LOS SERVICIOS:** En caso de que no podamos obtener la aprobación de los servicios y usted desea continuar, no le facturaremos a su seguro. Los servicios se reducirán al monto permitido por el seguro dentro de la red y se aplicará a la responsabilidad del paciente.

\_\_\_\_\_ Iniciales

Firma del Paciente y/o Deudor: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Las explicaciones financieras adicionales continúan en el reverso de esta página.*



**LESIONES DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES:** Se necesita la aprobación/autorización por escrito de su empleador y/o compañía de compensación de trabajadores antes de su visita inicial. Nos pondremos en contacto con su administrador de casos y/o supervisor para confirmar su lesión de compensación laboral. Si este reclamo es denegado, por cualquier motivo, por su empleador o la aseguradora de compensación para trabajadores de su empleador, usted será responsable del pago total. Si la denegación se realiza mediante compensación para trabajadores, se puede presentar un seguro de salud por estos servicios denegados y usted será responsable de la cuenta.

**ACCIDENTES DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS (MVA):** Sí, estuve involucrado en un MVA el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. A menos que antes se ha llegado a un acuerdo o soy un **beneficiario de Medicare**, mi seguro de salud se presentará para los servicios relacionados con este accidente. En caso de que no brinde información del seguro en la visita inicial, entiendo que pueden ocurrir denegaciones del seguro según el tipo de servicio recibido o los requisitos de presentación específicos de la compañía. Estoy de acuerdo, como el paciente o el paciente tutor legal, soy responsable en última instancia de todos los saldos adeudados a este centro y/o a su(s) médico(s) por los servicios prestados independientemente de la denegación del seguro o los resultados desfavorables del caso. Si he elegido a un abogado para que supervise mi caso, este acuerdo financiero servirá como una carta de protección para mi abogado. Además entiendo que mi cuenta puede ser manejado por una entidad externa que se especializa en cuentas de gravámenes de abogados a discreción de las instalaciones.

\_\_\_\_ Sí, he optado por contratar a un abogado. Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del abogado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### DATOS DE FACTURACIÓN

**ESTADOS DE CUENTA:** Se le proporcionará un estado de cuenta si el seguro pagó dejando una parte del paciente, se negó o no se recibió respuesta. Debido al tipo de servicio que brindamos, es posible que reciba facturación de más de una práctica, también conocida como facturación dividida. El saldo de su estado de cuenta vence y es pagadero dentro de los 30 días posteriores a la recepción, a menos que se hagan otros arreglos con nuestro departamento de facturación. El estado de cuenta se enviará a la dirección proporcionada en el momento del servicio. En caso de que su dirección postal cambie después de la fecha de su servicio y su cuenta no haya sido pagada en su totalidad, debe notificar este cambio a nuestra oficina de facturación por correo electrónico a [Billing@OurAdvancedHEALTH.com](mailto:Billing@OurAdvancedHEALTH.com) o llame al 615.239.2018. En caso de divorcio o separación, la parte responsable de la cuenta antes del divorcio o separación sigue siendo responsable de la cuenta. Después de un divorcio o separación, el padre que autorice el tratamiento de un niño en el momento del servicio será el padre responsable de los cargos subsiguientes. Si la sentencia de divorcio requiere que el otro padre pague todo o parte de los costos del tratamiento, se requiere documentación judicial para cualquier cambio de dirección del garante; de lo contrario, es responsabilidad del padre que autoriza/custodia cobrar al otro padre. Cualquier cuenta con un saldo de crédito de menos de <\$5.00> no se reembolsará sin una solicitud específica del paciente/deudor.

**CUENTAS MOROSAS:** Revisamos las cuentas vencidas con frecuencia y en cada ciclo de estado de cuenta. Su comunicación y participación para garantizar que su saldo se pague a tiempo es importante para nosotros. Es imperativo que mantenga comunicaciones y cumpla con su acuerdo y arreglos financieros para mantener su cuenta activa y al día.

Si su cuenta se atrasa sesenta (60) días, es posible que se tomen medidas adicionales para cobrar esta deuda. Si no paga a tiempo y remitimos su(s) cuenta(s) a un tercero para su cobro, se cobrará una tarifa de cobro y se deberá pagar en el momento de la remisión al tercero. La tarifa se calculará al porcentaje máximo permitido por la ley aplicable, sin exceder el 18 por ciento. Además, nos reservamos el derecho de denegar el tratamiento futuro que no sea de emergencia para todos y cada uno de los saldos de cuenta no pagados relacionados con el deudor.

**CONSENTIMIENTO PARA CONTACTAR:** Otorgo permiso y consentimiento a AdvancedHEALTH y sus agentes, cesionarios y contratistas (que pueden incluir terceros cobradores de deudas por obligaciones vencidas): (1) para comunicarse conmigo por teléfono a cualquier número asociado conmigo, si se proporciona por mí u otra persona en mi nombre; (2) para dejarme mensajes e incluir en dichos mensajes los montos adeudados por mí; (3) para enviarme mensajes de texto o correos electrónicos usando cualquier dirección de correo electrónico que proporcioné o cualquier número de teléfono asociado conmigo, si lo proporcioné yo u otra persona en mi nombre; y (4) usar mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o un sistema de marcación telefónica automatizado (un marcador automático) según lo define la Ley de Protección al Consumidor de Teléfonos en relación con cualquier comunicación que se me haga según lo dispuesto en este documento o cualquier servicio programado relacionado y mi cuenta.

Entiendo que mi negativa a brindar el consentimiento descrito en este párrafo no afectará, directa o indirectamente, mi derecho a recibir servicios de atención médica.

**RENUNCIA A LA CONFIDENCIALIDAD:** Usted comprende que si su cuenta se envía a un abogado o a una agencia de cobro, si tenemos que litigar en un tribunal, o si su estado de mora se informa a una agencia de informes crediticios, el hecho de que haya recibido tratamiento en nuestra oficina puede convertirse en un asunto de registro público.

**REGISTROS MÉDICOS:** Deberá solicitar por escrito o firmar un formulario de autorización médica para la divulgación de sus registros médicos a cualquier organización o médico. Cobramos una tarifa plana de \$20 por 1 a 5 páginas más .50 por página adicional y franqueo. Si tiene 18 años o más, debe contener documentación que indique si se ha ejecutado una directiva médica anticipada para los miembros de Medicaid/Medicare. Una copia debe estar archivada en la oficina. Notifique a la oficina si tiene un testamento en vida o un poder notarial.



# Aviso de Prácticas de Privacidad

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.**

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA; "Ley") de 1996, revisada en 2013, nos exige, como su proveedor de atención médica, mantener la privacidad de su información médica protegida, para proporcionarle un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad. con respecto a la información de salud protegida, y para notificar a las personas afectadas después de una violación de la información de salud protegida no segura. Estamos obligados a mantener estos registros de su atención médica y mantener la confidencialidad de estos registros.

La Ley también nos permite usar su información para tratamiento, pago y ciertas operaciones de salud, a menos que la ley lo prohíba y sin su autorización.

- **Tratamiento:** Podemos divulgar su información médica protegida a usted ya nuestro personal oa otros proveedores de atención médica para brindarle la atención que necesita. Esto incluye información que puede ir a la farmacia para surtir su receta, a un centro de diagnóstico para ayudarlo con su diagnóstico o al hospital en caso de que necesite ser admitido. Si es necesario para garantizar que reciba esta atención, también podemos discutir el mínimo necesario con amigos o familiares involucrados en su atención, a menos que solicite lo contrario.
- **Pago:** Podemos enviarle información a usted oa su plan de salud para recibir el pago por el servicio o artículo que entregamos. Podemos discutir el mínimo necesario con amigos o familiares involucrados en su pago, a menos que solicite lo contrario.
- **Operaciones de salud:** se nos permite usar o divulgar su información médica protegida para capacitar a nuevos trabajadores de atención médica, para evaluar la atención médica brindada, para mejorar el desarrollo de nuestro negocio o para otras necesidades internas.
- Estamos obligados a divulgar información según lo exige la ley, como las normas de salud pública, las actividades de supervisión de la atención médica, ciertas demandas judiciales y la aplicación de la ley.

Ciertas formas en que su información médica protegida podría usarse y divulgarse requieren su autorización: uso o divulgación de su información para marketing, divulgaciones o usos que constituyen una venta de información médica protegida, y cualquier uso o divulgación no descrito en este NPP. No podemos divulgar su información de salud protegida a su empleador oa su escuela sin su autorización, a menos que lo exija la ley. Recibirá una copia de su autorización y podrá revocar la autorización por escrito. Respetaremos esa revocación a partir de la fecha en que recibamos la revocación firmada por escrito.

Tiene varios derechos con respecto a su información de salud protegida. Cuando desee utilizar uno de estos derechos, informe a nuestra oficina para que podamos proporcionarle el formulario correcto para documentar su solicitud.

- Tiene derecho a acceder a sus registros y/oa recibir una copia de sus registros. Su solicitud debe ser por escrito, y debemos verificar su identidad antes de permitir el acceso solicitado. Estamos obligados a permitir el acceso o proporcionar la copia dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos proporcionarle la copia a usted oa su designado en un formato electrónico aceptable para usted o como una copia impresa. Es posible que le cobremos nuestro costo por hacer y proporcionarle la copia. Si se deniega su solicitud, puede solicitar una revisión de esta denegación por parte de un proveedor de atención médica con licencia.
- Tiene derecho a solicitar restricciones sobre cómo se utiliza su información de salud protegida para el tratamiento, el pago y las operaciones de salud. Por ejemplo, puede solicitar que cierto amigo o familiar no tenga acceso a esta información. No estamos obligados a aceptar esta solicitud, pero si aceptamos su solicitud, estamos obligados a cumplirla, excepto en una emergencia en la que esta restricción pueda interferir con su atención. Podemos cancelar estas restricciones si es necesario para cumplir con el tratamiento y el pago.



- Estamos obligados a conceder su solicitud de restricción si la restricción solicitada se aplica solo a la información que se enviaría a un plan de salud para el pago de un servicio de atención médica o artículo por el cual usted pagó la totalidad de su bolsillo, y si la restricción no está prohibida por la ley. Por ejemplo, estamos obligados a enviar información a planes de salud federales y organizaciones de atención administrada incluso si solicita una restricción. Debemos tener su restricción documentada antes de iniciar el servicio. Pueden aplicarse algunas excepciones, así que solicite un formulario para solicitar la restricción y obtener información adicional. No estamos obligados a informar a otras entidades cubiertas de esta solicitud, pero no podemos usar o divulgar información que ha sido restringida a socios comerciales que pueden divulgar la información al plan de salud.
- Tiene derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Por ejemplo, puede preferir que llamemos a su número de teléfono celular en lugar de a su teléfono de casa. Estas solicitudes deben hacerse por escrito, pueden revocarse por escrito y deben brindarnos un medio efectivo de comunicación para que podamos cumplir. Si el medio alternativo de comunicación incurre en un costo adicional, ese costo se le pasará a usted.
- Sus registros médicos son documentos legales que brindan información crucial sobre su atención. Tiene derecho a solicitar una modificación de sus registros médicos, pero debe realizar esta solicitud por escrito y comprender que no estamos obligados a conceder esta solicitud.
- Tiene derecho a un informe de las divulgaciones. Esto le dirá cómo hemos usado o divulgado su información médica protegida. Estamos obligados a informarle de cualquier incumplimiento que pueda haber afectado su información de salud protegida.
- Tiene derecho a recibir una copia de este aviso, ya sea electrónicamente, en papel o ambos.
- Tiene derecho a optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con nuestro oficial de privacidad al número que aparece a continuación.

Tiene derecho a presentar una queja ante nosotros o ante la Oficina de Derechos Civiles. No discriminaremos ni tomaremos represalias de ninguna manera por esta acción. Para presentar una queja, comuníquese con la parte correspondiente:

Oficial de privacidad: Ryan D. Brown  
 Dirección de envío: 28 White Bridge Pike, Suite 111, Nashville, Tennessee 37205  
 Teléfono: 615.986.6153  
 Fax: 615.234.1515  
 Correo electrónico: Ryan.Brown@OurAdvancedHEALTH.com

**Oficina de Derechos Civiles**

<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html>

Estamos obligados a cumplir con las políticas establecidas en este Aviso de prácticas de privacidad, que entró en vigencia el 11/09/18.



# Aviso de Prácticas de Privacidad Reconocimiento

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información médica protegida (PHI). Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en el tratamiento directa o indirectamente
- Obtener pago de terceros pagadores
- Llevar a cabo operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Recibí, leí y entiendo su Aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi PHI. Entiendo que esta organización tiene derecho a cambiar su Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad.

Nombre del paciente o tutor legal:: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## USO PRÁCTICO SOLAMENTE

Intenté obtener la firma del paciente en reconocimiento del Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad, pero no pude hacerlo como se documenta a continuación:

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_

Razón: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Derechos De Los Pacientes

## Los derechos del paciente incluyen:

- El derecho a recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad
- El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales
- El derecho a solicitar una restricción en el uso y divulgación de PHI
- El derecho a saber que la entidad cubierta no está obligada a aceptar la restricción solicitada a menos que la solicitud sea para una restricción de información al plan de salud por un servicio o artículo que el paciente paga de su bolsillo, sin plan de salud intervención
- El derecho a inspeccionar y copiar la PHI
- El derecho a solicitar enmiendas y correcciones a la PHI
- El derecho a solicitar un informe de la divulgación de PHI
- El derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
- El derecho a expresar quejas o reclamos sobre su organización de atención administrada o la atención médica brindada.

Estos están incluidos en el Aviso de Prácticas de Privacidad. La mayoría requiere que el paciente exprese sus solicitudes por escrito. Los proveedores tienen la autoridad para denegar ciertas solicitudes con base en el juicio profesional.

## Comunicaciones Confidenciales

Los pacientes pueden solicitar que la entidad cubierta se comunique con ellos a través de un método diferente al que se usa normalmente, oa una dirección o número de teléfono alternativo, oa través de medios electrónicos. Sin embargo, la entidad cubierta puede requerir que el paciente proporcione un medio efectivo de contacto, como una dirección, un número de teléfono o una dirección de correo electrónico, y puede requerir que el paciente explique cómo se pagarán los costos adicionales de la práctica. Si el paciente no puede proporcionar esta información, la práctica puede negar la solicitud.

Si el paciente prefiere o solicita comunicaciones electrónicas, se le debe recordar que es posible que la PHI no sea segura. Deben utilizar el Formulario de comunicación electrónica para reconocer el riesgo que implica este formato de comunicación.

## Restricciones

Los pacientes pueden solicitar restricciones sobre cómo se puede usar su PHI. Sin embargo, las entidades cubiertas no están obligadas a aceptar la restricción solicitada. Los pacientes no pueden solicitar restricciones para los usos exigidos por la ley o con fines de compensación laboral. Si el proveedor, utilizando su criterio profesional, determina que aceptar la restricción no sería lo mejor para el paciente, se puede denegar la solicitud.

Las entidades cubiertas están obligadas a otorgar una solicitud de divulgación de restricción al plan de salud del paciente para un servicio o artículo por el cual el individuo paga totalmente de su bolsillo. Esta solicitud debe hacerse por escrito. Otra persona, como un amigo o familiar, puede pagar el servicio o artículo, pero el paciente no puede hacer que otro plan contribuya al pago.

## Inspeccionar y Copiar

Los pacientes tienen derecho a acceder, inspeccionar o copiar la PHI de rutina. Sin embargo, no tienen derecho a acceder, inspeccionar o copiar notas o registros restringidos por otra ley, como CLIA. El derecho a acceder a la PHI se suspende durante la participación en ensayos clínicos. El paciente suele estar de acuerdo con esto antes de la participación, y el acceso se restablece al final del ensayo.

Se puede denegar el acceso a los representantes personales si el proveedor, utilizando su juicio profesional, tiene razones para creer que el acceso no sería lo mejor para el paciente, especialmente si el proveedor sospecha que el paciente puede estar sujeto a violencia doméstica, abuso o negligencia, o si el acceso puede poner en peligro de alguna manera al paciente oa otra persona. También se denegará el acceso a personas que no sean el paciente si el paciente ha solicitado una restricción y esa solicitud ha sido concedida. En el caso de los internos, se podrá denegar el acceso si ello puede poner en peligro a alguna persona que se encuentre allí o si puede comprometer el funcionamiento del establecimiento.

Le cobraremos al paciente la tarifa permitida por proporcionar copias en cualquier formato.

