

Alaska Ear Nose & Throat

3841 Piper Street | Suite T311 | Anchorage, Alaska 99508 | Telephone 907-563-3096 | fax 907-563-3094

Formulario de Registro de Pacientes

PACIENTE: Por favor escriba toda la Información claramente.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____
 Primer Segundo Apellido

#Seguro Social _____ / _____ / _____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección: _____
 Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Hogar: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
 Dejar mensaje con detalles, si no hay respuesta No dejar mensaje si no contesto

Raza: American Indian/Alaska Native Asian African American Hawaiian/Pacific Islander Caucasian other
Etnicidad: Hispano o latino

¿Fue referido a nosotros por otro médico? Si es así, por quién? _____

Nombre y Dirección de su Empleador _____

Leguaje de Preferencia: _____ Correo Electronico _____

¿Permito que comuniquen mi condición con un miembro de mi casa Si No

Si, Nombre y apellido? _____ Relación con el paciente _____

Contacto de Emergencia _____ Teléfono#: _____ Relación: _____

Información de Compañía de Seguro: (Por Favor presentar tarjeta de seguro(s) e Identificación al recepcionista)

Compañía de Seguro Primaria: _____ Nombre del Responsable de la Póliza _____
Numero de Póliza # _____ # de Grupo: _____
Fecha de Nacimiento del Responsable de la Póliza ____/____/____ Relación al Paciente: _____

Compañía de Seguro Secundaria: _____ Nombre del Responsable de la Póliza: _____
Numero de Póliza # _____ # de Grupo: _____
Fecha de Nacimiento del Responsable de la Póliza ____/____/____ Relación al Paciente: _____

Por Favor complete la siguiente Información si **el Paciente es MENOR DE EDAD.** (La persona que acompaña al menor será considerado como el "responsable/tutor.")

Nombre del Responsable/tutor: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ SS# ____/____/____

Dirección: _____
 Ciudad Estado Codigo Postal

Cesión y Liberación

Autorizo la divulgación de cualquier información a mi médico de referencia. Por la presente, autorizo a Alaska Ear Nose & Throat a proporcionar mi información a las compañías de seguros cuando lo soliciten por escrito y por la presente asigno a Alaska Ear Nose & Throat todos los pagos por los servicios médicos prestados al paciente mencionado anteriormente.

Firma del Paciente o Responsable/Tutor: _____

Fecha ____/____/____

Alaska Ear Nose & Throat

3841 Piper Street | Suite T311 | Anchorage, Alaska 99508 | Telephone 907-563-3096 | fax 907-563-3094

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

- La cobertura del seguro no es una garantía de pago. (_____ inicial)
- Le facturaremos a su seguro si presenta su(s) tarjeta(s) de seguro en el momento de su cita. Es importante que sepa que si **no tenemos contrato con su compañía de seguros**. Esto significa que usted es responsable de monitorear los procesos de su compañía de seguros para asegurarse de que su reclamo se procese de manera oportuna, comunicarse con ellos si tiene preguntas sobre cómo se procesó su reclamo y que usted es el responsable final del pago de servicios prestados. (_____ inicial)
- Cualquier copago o porcentaje de "responsabilidad del paciente" debe pagarse en el momento del servicio. (_____ inicial)
- **Si no recibimos una respuesta de su compañía de seguros dentro de los cuarenta y cinco días a partir de la fecha en que les facturamos, el saldo será su responsabilidad.**(_____ inicial)
- Recibirá un estado de cuenta por cualquier saldo restante después de que se hayan aplicado todos los seguros correspondientes. Ese saldo vence en su totalidad en ese momento. (_____ inicial)
- Si no recibimos su pago en su totalidad dentro de los 90 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta, es posible que su cuenta sea transferida a una agencia de cobranza externa. (_____ inicial)
- La complejidad o procedimientos adicionales pueden generar cargos adicionales en su visita o cirugía. (_____ inicial)

******TENGA EN CUENTA: NECESITAMOS 24 HORAS DE AVISO PARA CANCELACIONES. COBRAMOS UNA TARIFA DE \$50 POR LA NO PRESENTACIÓN O LA CANCELACIÓN TARDÍA.**

También le recomendamos que investigue los beneficios de su seguro antes de su visita al consultorio, si es posible, ya que podría haber razones por las que su seguro no pague su visita. Estas razones pueden incluir lo siguiente:

- Su deducible no se ha alcanzado. Muchas pólizas tienen deducibles separados más altos para procedimientos quirúrgicos. Todos los procedimientos realizados en esta oficina, incluidos ciertos tipos de inyecciones, se consideran procedimientos quirúrgicos.
- No ha recibido la derivación adecuada o la autorización previa para la visita o el procedimiento. Si su compañía de seguros requiere autorización previa, es su responsabilidad obtenerla antes de realizar el procedimiento. Recuerde, la autorización previa no es una garantía de pago.
- Los servicios o procedimientos no están cubiertos por su seguro. Le informaremos cuando sepamos que un tratamiento/procedimiento no estará cubierto, pero muchas veces no es posible que lo sepamos con certeza, ya que esto varía mucho entre las compañías de seguros y porque no tomarán una determinación final hasta que tengan recibido el reclamo. Si hay alguna duda sobre la cobertura, estaremos encantados de proporcionarle una estimación de sus honorarios antes de que se administre el tratamiento. Usted es responsable de pagar los servicios no cubiertos en el momento de la visita.

Aceptamos efectivo, cheques y Visa o MasterCard. Si se devuelve un pago en cheque debido a fondos insuficientes, se le cobrará una tarifa de \$25.00. Se requiere el pago **TOTAL** en el momento del servicio en las siguientes circunstancias:

- No tienes cobertura de seguro
- No ha traído consigo su(s) tarjeta(s) de seguro.
- No has alcanzado tu deducible.
- Su póliza requiere un contrato y no tenemos contrato con su compañía de seguros.
- Su póliza requiere una remisión o autorización previa y usted no la ha obtenido.
- Cualquier procedimiento o tratamiento que creamos que no está cubierto por el seguro.

SERVICIOS DE LABORATORIO Y PATOLOGÍA

- Utilizamos un laboratorio de nuestra elección para los servicios de laboratorio, a menos que solicite lo contrario. El laboratorio facturará por separado estos servicios. Compartiremos la información de su seguro con el laboratorio para que puedan presentar un reclamo con su proveedor. El laboratorio le facturará el saldo restante. Deberá comunicarse con ellos directamente si tiene alguna pregunta sobre su factura.

Con mi firma a continuación, reconozco que he leído y comprendo las declaraciones anteriores y que estoy dispuesto a aceptar la responsabilidad de pagar los servicios prestados si mi seguro no los cubre. También entiendo que soy responsable de los cargos de laboratorio y patología. Esta autorización no está limitada en el tiempo.

Firma del Paciente o Responsable/Tutor: _____

Fecha ___/___/___

Alaska Ear Nose & Throat

3841 Piper Street | Suite T311 | Anchorage, Alaska 99508 | Telephone 907-563-3096 | fax 907-563-3094

Exención de Responsabilidad Financiera del Paciente

Practice Alaska Ear Nose and Throat

Dirreccion: 3841 Piper Street St, St T311 Anchorage Alaska 99517

Fecha de Servicio: / /

El propósito de este formulario es ayudarlo a tomar una decisión informada sobre si desea o no recibir estos artículos o servicios, sabiendo que es posible que deba pagarlos usted mismo. Antes de tomar cualquier decisión sobre sus opciones, debe:

- Lea atentamente todo este aviso.
- Pídanos que le expliquemos, si no entiende por qué el seguro probablemente no pagará
- Pregúntenos cuánto le costarán estos artículos o servicios en caso de que tenga que pagarlos usted mismo o a través de otro seguro.

Elija una opción y ponga sus iniciales en su elección

Opcion 1

Sí, quiero recibir estos artículos o servicios.

Entiendo que el seguro no decidirá si pagar a menos que yo recibir estos artículos o servicios. Por favor envíe mi reclamo a la seguro. Entiendo que puede facturarse por artículos o servicios. y que es posible que tenga que pagar la factura mientras mi seguro está haciendo una decisión. Si el seguro paga, me reembolsará los pagos que hecho a ti que se debe a mí. Si el seguro niega el pago, acepto ser personal y totalmente responsable del pago. Es decir, voy a pagar personalmente, ya sea de mi bolsillo o a través de cualquier otro seguro que yo tener. Entiendo que puedo apelar la decisión de mi seguro.

Opcion 2

Sí, quiero recibir estos artículos o servicios.

No facture ni presente ningún reclamo a mi seguro. Estoy de acuerdo ser personal y totalmente responsable del pago. No voy a facturar al seguro. Es decir, voy a pagar de mi bolsillo como paciente que paga por cuenta propia. Entiendo que la cantidad recaudada puede estar sujeta a cambios después de ser revisada por la oficina de facturación e ingresada en nuestro software. Los pagos recibidos hoy NO garantizan que la cuenta se pague en su totalidad y si hay un saldo restante recibirá una declaración.

Opcion 3

No, he decidido no recibir estos artículos o servicios.

No recibiré estos artículos o servicios. Entiendo que no podrá presentar un reclamo al seguro y que no podré apelar su opinión de que el seguro no pagará.

Nota: Su información de salud se mantendrá confidencial. Cualquier información que recopilemos sobre usted en este formulario se mantendrá confidencial en nuestra oficina. Si se presenta un reclamo al seguro, su información de salud en este formulario puede compartirse con el seguro. Su información de salud, que el seguro ve, se mantendrá confidencial por su seguro.

Firma del Paciente o Responsable/Tutor: _____

Fecha ___/___/___

Alaska Ear Nose & Throat

3841 Piper Street | Suite T311 | Anchorage, Alaska 99508 | Telephone 907-563-3096 | fax 907-563-3094

HIPAA

Para cumplir con la regulación federal, estamos obligados a tener a su disposición un documento que explique nuestra política de información de privacidad. Hay una copia de esta política en la recepción. Informe al asistente administrativo de la oficina principal si desea una copia.

Lea atentamente lo siguiente. Coloque sus iniciales en la línea a continuación para reconocer que ha sido informado, luego firme y coloque la fecha en la parte inferior.

_____ Tengo la opción de aceptar o rechazar los consejos y tratamientos ofrecidos por el Dr. Jerome List o profesionales de la salud asociados con Alaska Ear Nose and Throat, Inc., para mí o para mi hijo menor de edad. Si decido no seguir un plan de tratamiento sugerido, aceptaré la responsabilidad por el resultado; esto se aplicará a los consejos ofrecidos en el entorno clínico, hospital o por teléfono.

CONSENTIMIENTO PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PARA TRATAMIENTO, PAGO O COORDINACIÓN DE ATENCIÓN CON OTROS PROVEEDORES.

Por la presente, doy mi consentimiento para que Alaska Ear Nose & Throat use o divulgue mi información de salud identificable individualmente para llevar a cabo el tratamiento, el pago o la coordinación de la atención con otros proveedores.

En ese momento, retengo el derecho de revocar este consentimiento. Dicha revocación debe enviarse a Alaska Ear Nose & Throat por escrito. La revocación surtirá efectos salvo en aquellos supuestos que se produzcan con anterioridad a las revocaciones.

He leído y entendido la información. Soy el paciente o la persona autorizada para actuar en nombre del paciente.

Si está firmando este formulario en nombre del paciente, explique su relación y autoridad para realizar este acto.

Firma del Paciente o Responsable/Tutor: _____

Fecha ___/___/___

Alaska Ear Nose & Throat

3841 Piper Street | Suite T311 | Anchorage, Alaska 99508 | Telephone 907-563-3096 | fax 907-563-3094

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad: _____

¿Tiene alguna **alergia** a los medicamentos? SI NO

Si es así, explique cuál medicamento y la reacción al medicamento:

Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente: (recetados y sin receta)

Enumere TODAS las cirugías que ha tenido en su VIDA:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

- Ha tenido alguna hospitalización en los últimos 5 años?..... SI NO
- ¿Está embarazada y/o está amamantando actualmente?..... SI NO
- ¿Ha estado expuesto a la tuberculosis?..... SI NO
- ¿Alguna vez ha tenido hepatitis?..... SI NO
- ¿Usted o algún miembro de su familia tiene tendencias hemorrágicas?..... SI NO
- ¿Alguna vez ha sufrido una lesión en la cabeza?..... SI NO
- ¿Utiliza productos de tabaco?..... SI NO
- ¿Tomas bebidas alcohólicas?..... SI NO

Historia Familiar	Edad	Estado de Salud	Si falleció, edad y causa de la muerte
Madre			
Padre			
Hermano			
Hermana			
Hijo(a)s			

Indique el nombre de su farmacia: _____

Proporcione cualquier comentario adicional sobre su salud que pueda ayudar con su atención. _____

Firma del Paciente o Responsable/Tutor: _____

Fecha ___/___/___