

Phoenix Foot & Ankle Associates, PC

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Teléfono: _____ Correo De Electrónico: _____

Domicilio: _____

SS #: _____ Edad: _____ Sexo: Hombre Mujer Casada/o Soltera/o Divorciada/o Viuda/o

Ocupacion: _____ Empleador: _____

Direccion De Trabajo: _____

Seguro Primario: _____ Nombre Del Asegurado: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Empleador Del Asegurado: _____

Relacion Con El Paciente: _____ Seguro Secundario: _____

Nombre Del Asegurado: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Empleador Del Asegurado: _____ Relacion Con El Paciente: _____

¿A quién podemos agradecer por recomendarlo?? _____

En caso de una Emergencia, comuníquese con: _____

Teléfono: _____ Relación: _____

CESIÓN Y LIBERACIÓN DEL SEGURO

Yo, el abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tengo cobertura de seguro con Blue Cross Blue Shield of Arizona y asigno directamente a Phoenix Foot & Ankle Associates, PC todos los beneficios del seguro, si los hubiere, pagaderos a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable final de todos los cargos, ya sean pagados o no por el seguro. Por la presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Autorizo este uso de firma en todas las presentaciones de seguros.

Firma Del Responsable

Relación

Fecha

AUTORIZACIÓN DE MEDICARE, Si Corresponde, Firme

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se haga a mí o en mi nombre a Phoenix Foot & Ankle Associates, PC, por cualquier servicio que me brinde ese médico. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a divulgar a la Administración de Financiamiento de Atención Médica y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. Si se indica "otro seguro médico" en el punto 9 del formulario HFCA-1500, o en cualquier otro lugar de otros formularios de reclamo aprobados o reclamos enviados electrónicamente, mi firma autoriza la divulgación de la información a la aseguradora o agencia que se muestra. En los casos asignados por Medicare, el médico o proveedor acepta aceptar la determinación de cargo de la aseguradora de Medicare como el cargo total, y el paciente es responsable únicamente del deducible, el coseguro y el servicio no cubierto. El coseguro y el deducible se basan en la determinación del cargo de la aseguradora de Medicare.

Firma Del Beneficiario

Fecha

Phoenix Foot & Ankle Associates, PC

Fecha: _____

Nombre: _____

Motivo de la visita de hoy: _____

Altura: _____ Peso: _____ Tamaño del Zapato _____

Por favor indique si tiene o tuvo alguno de los siguientes:

SIDA/VIH Dependencia de sustancias químicas Problemas renales Abuso de alcohol Dolor de pecho o angina Enfermedad hepática o hepatitis Alergias a medicamentos/drogas Problemas circulatorios Flebitis Terapia anticoagulante Diabetes Fiebre reumática Artritis Herida del pie diabético Dificultad para respirar Válvulas cardíacas o articulaciones artificiales Gota Apnea del sueño Asma o enfermedad respiratoria Presión arterial alta Accidente cerebrovascular o ataque cardíaco Problemas de espalda Enfermedad cardíaca Enfermedad de la tiroides Trastornos hemorrágicos Colesterol alto Úlcera o gastritis Cáncer

Otros: _____ Otros: _____

Historia familiar: Miembro de la familia: _____ (Madre/Padre/Hermano) Artritis Presión arterial alta Enfermedad cardíaca Cáncer Gota Accidente cerebrovascular o ataque cardíaco Diabetes Colesterol alto Dolor en el pecho o angina

Consumo De Tabaco: Sí No Años Que Dejó De Fumar: _____

Cirugías: _____ Hospitalizaciones: _____

Médico De Familia: _____ Teléfono.: _____ Fecha de la última visita: _____

¿Está usted ahora o ha estado bajo el cuidado de algún otro médico por algún motivo durante los últimos dos años? Sí

No En caso afirmativo, explique: _____

Medicamentos Actuales: _____

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono De Farmacia: _____

Alergias:

Analgésicos Aspirina Yodo Anestésicos locales Adhesivo/cinta Codeína Demerol Novocaína Penicilina Mariscos Sulfa Esteroide Otro: _____

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta para mi leal saber y entender. Doy mi permiso al médico para administrar y realizar los procedimientos que se consideren necesarios en el diagnóstico y tratamiento de mis pies y/o tobillo.

Firma Del Paciente

Fecha

PHOENIX FOOT & ANKLE ASSOCIATES, PC

POLÍTICA DE AUTORIZACIÓN PREVIA DEL PACIENTE

Es responsabilidad de nuestros pacientes asegurados estar al tanto de cualquier restricción o requisito establecido en su póliza de seguro. Esto incluye deducibles, segundas opiniones, exclusiones de pólizas o beneficios renunciados, precertificación, beneficios para pacientes hospitalizados versus ambulatorios y restricciones con respecto a condiciones preexistentes.

Como CORTESÍA, nuestra política de oficina es comunicarse con su compañía de seguros para obtener una autorización previa. Sin embargo, una autorización previa emitida por su compañía de seguros simplemente significa que aceptan que su visita al consultorio, medicamentos, cirugía, fisioterapia y aparatos ortopédicos son médicamente necesarios, aunque pueden revertir esta decisión una vez que se recibe el reclamo. Este es un descargo de responsabilidad estándar que todas las compañías de seguros nos informan cuando obtenemos autorización previa para su necesidad médica. Lo que esto significa es que:

La autorización previa o la certificación previa NO garantiza el pago de su compañía de seguros. El paciente es el responsable final.

Los beneficios de su seguro y el pago que recibimos están determinados por los límites que establece su compañía de seguros.

ES SU RESPONSABILIDAD CONOCER LOS BENEFICIOS Y LÍMITES DE SU SEGURO. Un

depósito puede ser necesario si no ha cumplido con su deducible o gastos de bolsillo.

Además, para aquellos pacientes que requieren pruebas preoperatorias, como análisis de sangre, electrocardiogramas, radiografías de tórax, etc., es posible que su seguro (como Medicare) no apruebe estas pruebas y, por lo tanto, es posible que su seguro no las cubra. Usted será responsable si esto se aplica a usted.

Al firmar a continuación, entiendo que soy responsable de los cargos que no cubre mi seguro.

NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA _____

FIRMA DEL PACIENTE/GARANTE _____

FECHA: _____

PHOENIX FOOT & ANKLE ASSOCIATES, PC

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CESIÓN DE BENEFICIOS POR PAGO DE SERVICIOS MÉDICOS

Autorización para la divulgación de información: Autorizo a Phoenix Foot & Ankle Associates, PC a divulgar todo o parte del registro médico del paciente a las compañías de seguros que figuran en la lista y a cualquier agencia que realice revisiones relacionadas con la atención de Compensación al Trabajador.

Certificación del paciente de Medicare: Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII y XIX de la Ley del Seguro Social es correcta. Solicito que el pago se realice directamente al proveedor de servicios en mi nombre y autorizo a dicho proveedor a divulgar toda la información necesaria sobre el tratamiento y los servicios proporcionados como se indica a continuación.

Asignación de Beneficios: Por la presente autorizo el pago directamente a Phoenix Foot & Ankle Associates, PC por parte de mi(s) compañía(s) de seguros. En caso de que más de una compañía de seguros realice un pago en exceso, entiendo que el pago en exceso se enviará al pagador correspondiente.

Seguro: Phoenix Foot & Ankle Associates, PC presentará su seguro como un servicio para usted. Si nuestra oficina no recibe noticias de su compañía de seguros dentro de los 60 días, le solicitaremos ayuda para comunicarnos con su compañía de seguros para resolver el retraso en el pago. El plan de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Debemos responsabilizarlo por cualquier saldo adeudado.

Pago De Servicios: Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos y tarifas relacionados con los servicios que me brinda Phoenix Foot & Ankle Associates, PC. Además, entiendo que se espera el pago completo al recibir el primer estado de cuenta, que puede incluir copagos, deducibles y cualquier servicio no cubierto por mi seguro. También entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo que mi seguro no cubra. Por la presente asigno a Phoenix Foot & Ankle Associates, PC todos los beneficios que tengo derecho a recibir de cualquier persona, compañía de seguros o entidad en la medida de los cargos médicos incurridos por el paciente o por mí y autorizo el pago de dichos beneficios directamente a Phoenix Foot & Ankle Associates, PC. Asociados de tobillo, PC. En caso de que mi cuenta sea remitida a una agencia de cobranza, seré responsable de los costos de cobranza, incluidos los intereses y los honorarios razonables de los abogados.

Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA): Reconozco que se me puso a disposición una copia del Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA. Se me dio la oportunidad de ver una copia del Aviso, que describe cómo se puede usar y divulgar mi información de salud y cómo puedo obtener acceso a esta información. Si completa formularios antes de su visita a la oficina, consulte con la recepción a su llegada para obtener una copia de este documento.

Completar formularios médicos: Entiendo que Phoenix Foot & Ankle Associates, PC completará los formularios médicos en mi nombre dentro de los 4 días, incluidos los formularios FMLA, por un costo inicial de \$10 por un documento de una página o \$25 por varias páginas.

Objetos de valor: Yo (nosotros) entiendo que Phoenix Foot & Ankle Associates, PC no es responsable de los objetos de valor y propiedad personal que se traigan a las instalaciones.

Además, reconozco y otorgo a Phoenix Foot & Ankle Associates, PC un gravamen de conformidad con A.R.S. Sección 33-932, y siguientes. contra cualquier recuperación hecha por mí o cualquier persona en mi nombre contra cualquier responsabilidad, motorista sin seguro o con seguro insuficiente u otra forma de cobertura o indemnización, o contra una persona o entidad legalmente responsable de los cargos médicos incurridos en la medida en que dichos cargos no se paguen en completo por otro seguro disponible para mí. Phoenix Foot & Ankle Associates, PC y yo también renunciamos a los honorarios de abogados o costos de cobro asociados con el cobro de cargos médicos de conformidad con el gravamen otorgado.

CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE TODA LA INFORMACIÓN ANTERIOR PARA INCLUIR EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO, LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN, LA AUTORIZACIÓN DEL SEGURO Y LA ASIGNACIÓN Y PAGO DE SERVICIOS.

NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA _____

FIRMA DEL PACIENTE/GARANTE _____ FECHA: _____