

CARDIOLOGY SOLUTIONS, PLLC

Doctor de esta visita:	Fecha de cita:
-------------------------------	-----------------------

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido:		Primer Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a				Fecha de nacimiento:	
				Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dirección:		Ciudad:		Estado y código postal:	
Correo electrónico:				Número de Seguro social:	
Celular: ()		Teléfono de casa: ()		Teléfono de trabajo: () Ext:	
Nombre del empleador:		Dirección del empleador:		Profesión:	
* Nombre de farmacia:		Dirección de farmacia:			
Teléfono de farmacia: ()		Fax de farmacia: ()			

REFERENCIA

Referencia (Por favor marque todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Doctor/clínica <input type="checkbox"/> Familia/amigo <input type="checkbox"/> Pastor <input type="checkbox"/> Empleador/compañero de trabajo <input type="checkbox"/> Seguro médico <input type="checkbox"/> Ningún doctor referido <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Otra referencia:	
Nombre del médico de referencia:	
Correo electrónico del médico de referencia:	
Dirección del médico de referencia:	
Teléfono del médico de referencia ()	Fax del médico de referencia: ()

OTROS MÉDICOS DE TRATAMIENTO

Doctor Primario:	
Dirección:	Teléfono: ()
Fax: ()	
Doctores Especialistas:	
Nombre de doctor:	Dirección:
Teléfono: ()	Fax: ()

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Persona responsable por cargo:		Fecha de nacimiento:		Dirección (si diferente):		Teléfono de casa:	
<input type="checkbox"/> Yo		/ /				()	
Profesión:		Empleador:		Dirección de empleador:		Teléfono de empleador:	
						()	
Nombre de Seguro médico:							
Nombre del suscriptor:				Fecha de nacimiento:		# Grupo:	# Póliza:
<input type="checkbox"/> Yo							
Relación de paciente al suscriptor:		<input type="checkbox"/> Yo	<input type="checkbox"/> Esposo/a	<input type="checkbox"/> Hijo/a	<input type="checkbox"/> Otra relación		

SEGURO SECUNDARIO (SI ES APLICABLE)

Nombre del seguro secundario:		Nombre del suscriptor:		# Grupo:		# Póliza:	
Relación de paciente al suscriptor:		<input type="checkbox"/> Yo	<input type="checkbox"/> Esposo/a	<input type="checkbox"/> Hijo/a	<input type="checkbox"/> Otra relación		

EN CASO DE EMERGENCIA

Por favor notifique en caso de emergencia:

Relacion al paciente:

Marque si la dirección es la misma que en la información del paciente

Dirección:

Ciudad/Estado:

Código Postal:

Teléfono de casa: ()

Teléfono de trabajo: ()

Celular: ()

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo (ver acuerdo financiero). También autorizo a Cardiology Solutions y / o compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

Firma del paciente / custodio:

Fecha:

Nombre del representante personal:

Autoridad de representación personal:

Firma de la persona responsable:

CARDIOLOGY SOLUTIONS, PLLC

AUTORIZACIONES Y ASIGNACIONES

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

MRN: _____

Fecha: _____

1. ACUERDO FINANCIERO / GARANTÍA DE PAGO

En consideración de los servicios, asignación de beneficios y atención prestada; Acepto que soy responsable de todos y cada uno de los cargos facturados por el Dr. (s) _____ (los "Médicos") con respecto a dichos servicios y atención, a menos que el contrato entre los Médicos y mi compañía de seguros establezca lo contrario. En el caso de que los servicios solicitados no estén específicamente autorizados por mi compañía de seguros; o si no proporciono las referencias requeridas (según corresponda), acepto pagar todos los servicios según lo acordado, a menos que la ley disponga lo contrario.

Autorizo el pago de los beneficios médicos a los que tengo derecho directamente a los médicos, para cubrir el costo de la atención y el tratamiento prestados a mí o a mis dependientes en el consultorio.

Al recibir una factura médica, yo (como garante) acepto pagar de inmediato todos los montos no cubiertos por el seguro (deducibles, copagos, coseguros o cualquier otro artículo no cubierto por el cual pueda ser responsable). Si algún seguro que tengo rechaza mi reclamo o paga parte del reclamo, seré responsable del pago de cualquier saldo según lo determine Cardiology Solutions inmediatamente después de conocer dicha cobertura, a menos que la ley disponga lo contrario.

2. SOLICITUD DE INFORMACION

En caso de que mi aseguradora niegue el pago a los médicos por los servicios que me prestaron, por la presente doy mi consentimiento para que un representante autorizado de los médicos se comunice con mi aseguradora y le brinde a mi aseguradora toda la información y documentación relacionada con los servicios prestados. a mí por parte de los médicos, que pueden ser necesarios para que mi aseguradora reevalúe su decisión de denegar el pago de dichos servicios.

Autorizo a esta práctica, a mi médico tratante y a sus respectivos designados a usar y divulgar mi información médica para todos los propósitos necesarios de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Reconozco que mi información de salud puede incluir información relacionada con enfermedades mentales y / o SIDA / ARC / VIH y que dicha información puede divulgarse (incluido el examen y la copia en formato impreso o digital) a las aseguradoras, varias agencias de crédito y garantes únicamente si es necesario para el pago de los cargos profesionales (no se divulgará información clínica a ninguna agencia de crédito).

3. SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE MEDICARE Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Certifico que la información dada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier titular de información médica u otra información sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social y a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o sus intermediarios o proveedores cualquier información (incluida información relacionada con enfermedades mentales y / o SIDA / ARC / VIH) necesaria para esto o un reclamo relacionado de Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Asigno beneficios pagaderos a los médicos y / o los Proveedores y / u organizaciones que brindan los servicios.

4. RED DE SEGUROS / AVISO DEL PROVEEDOR DE ACUERDO CON LA LEY "FUERA DE LA RED" DE NYS

Entiendo que los médicos pueden ser proveedores participantes en ciertas redes de planes de salud, y que se puede encontrar una lista de los planes en los que participan los médicos en su sitio web o que se me pueden proporcionar a pedido.

Entiendo que los médicos no pueden participar en los mismos planes y redes de salud que los hospitales e instalaciones en los que los médicos prestan servicios, a pesar de que los médicos pueden estar afiliados a esos hospitales o instalaciones. Entiendo que puedo determinar los planes de salud en los que participan los médicos que están empleados, contratados o afiliados a los servicios de las instalaciones de Cardiology Solutions y que preguntan a un representante. También entiendo que también puedo determinar los planes de salud aceptados por los hospitales y las instalaciones de Cardiology Solutions al preguntarle a un representante.

Entiendo que los servicios de laboratorio (trabajo de laboratorio), patología, radiología, anestesiología y asistencia de cirujano auxiliar brindados en relación con mi atención no pueden ser facturados por los médicos, y los laboratorios / instalaciones / proveedores que brindan esos servicios pueden facturar por separado. Además, entiendo que los laboratorios / instalaciones / proveedores que brindan servicios de laboratorio (trabajo de laboratorio), patología, radiología, anestesiología y cirujano asistente pueden o no ser proveedores participantes en la red de mi plan de atención médica, para que pueda obtener la información de contacto para cualquier tales laboratorios / instalaciones / proveedores cuyos servicios pueden ser necesarios en relación con mi atención por parte de los médicos, y que puedo contactar a esos laboratorios / instalaciones / proveedores directamente para obtener información sobre la participación en su plan de salud.

Entiendo que si elijo o elijo obtener servicios de un proveedor que conozco o que se ha divulgado (por escrito, en un sitio web y / o en el momento en que se realizó mi cita) como no participante en la red de mi plan de salud, Seré responsable de todos y cada uno de los cargos facturados por ese proveedor. Además, entiendo que si los médicos no participan en mi plan de salud y / o red, o la cantidad o la cantidad estimada que los médicos facturarán por los servicios de atención médica, pueden solicitarme por adelantado.

HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTO LOS ARTÍCULOS ANTERIORES.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

Cardiology Solutions, PLLC

Reconocimiento de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad (NOPP)

Al firmar abajo, reconozco que me han entregado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y por lo tanto se me ha explicado como la información acerca de mi salud puede ser utilizada y revelada por los hospitales y las instalaciones nombradas al principio de este aviso, y como yo puedo obtener acceso y controlar esta información.

Nombre del paciente

Firma del paciente o representante personal

Nombre en imprenta del paciente o representante personal

Fecha

Detalles de la autoridad del representante personal

I was not able to obtain the patient's acknowledgement of receipt of the NOPP upon registration because:

- The patient refused to sign despite good faith efforts*
- The patient was unaccompanied and not alert and oriented*
- The patient was unaccompanied and needed emergency care*
- Other, (explain):* _____

Employee Signature: _____ Employee Title: _____

Print Name: _____ Date: _____

- Acknowledgement subsequently obtained, (see above).