

POLÍTICA PARA NUEVOS PACIENTES Y ESTABLECIDOS

Le damos la bienvenida a nuestra práctica. Nos esforzamos por brindar atención de calidad en un ambiente agradable y confortable. Hemos descubierto que una parte importante de su comodidad es una clara comprensión de los aspectos financieros de Diabetes and Endocrine Care of Virginia. Haremos todo lo posible antes de cada procedimiento para elaborar arreglos satisfactorios para manejar sus costos financieros y de su futuro tratamiento. **Lea lo siguiente y coloque sus iniciales en cada uno de ellos.**

_____ Ofrecemos financiamiento a través de una institución financiera (máximo 3 meses), que le permitirá realizar pagos mensuales sin intereses, con el fin de ayudarlo a completar su tratamiento. En este caso, no se aplican cargos por política de ausencia o llegada tardía.

_____ Aunque el seguro puede ser útil para cubrir algunos costos, tenga en cuenta que casi todos los planes de seguro solo cubren un cierto porcentaje bajo el tratamiento de especialistas en Endocrinología. Le informamos que el paciente es responsable de los servicios no cubiertos, copagos, coseguro y deducibles. Le recomendamos que conozca y comprenda sus beneficios y limitaciones antes de recibir sus servicios, incluso si su tratamiento necesita una remisión (referidos) antes de su tratamiento.

_____ Aunque mi médico de atención primaria u otro médico especialista se refirió a este centro, entiendo que soy totalmente responsable de verificar que mi seguro cubra estos servicios antes de mi tratamiento llamando a mi compañía de seguros.

_____ Entiendo que esta oficina no puede aceptar (Referidos) retroactivos o vencidos después de recibir mi tratamiento. Cualquier monto impago del seguro, es responsabilidad del paciente.

_____ Entiendo que solicitaré el reabastecimiento de mis recetas 5 días hábiles antes de quedarme sin medicamentos. También le informaré al médico qué medicamentos necesitaré durante mi visita médica. Es posible que se apliquen tarifas adicionales por solicitudes tardías.

_____ Entiendo que si solicito una copia impresa de mi registro como; visitas anteriores, pedidos de laboratorio, cd's, resultados de imágenes, sería una tarifa de \$25.00. No se aplicarán tarifas si desea recibirlo por correo electrónico.

_____ Soy responsable de informar al personal de recepción de cualquier cambio en mi póliza de seguro, dirección, número de teléfono, farmacia preferida y centros de laboratorio.

_____ Entiendo que el proveedor no podrá recetar mis medicinas para mi tratamiento, si no he visitado por un periodo de (12 meses). Se me informa que tendré que solicitar mis medicamentos con mi médico de atención primaria hasta que programe una cita y sea atendido por mi médico especialista de Endocrinología.

_____ Una hora reservada para la cita en nuestra oficina es valiosa, por lo tanto, requerimos un aviso de 24 horas para cancelar / reprogramar una cita. No dar aviso con 24 horas de anticipación resultará en un cargo mínimo de \$25.00. El personal de la oficina no proporcionará una cita a menos que este monto se pague en su totalidad.

_____ Certifico que he recibido una copia de la Política de no Ausencia. (colocado al final de los formularios..)

Esperamos que esta explicación de nuestra política financiera y para pacientes nuevos lo ayude a sentirse cómodo con este importante aspecto de su atención. Esperamos tener una relación larga y feliz con usted en nuestra práctica. Si tiene alguna pregunta sobre nuestra política o su cuenta, no dude en hablarlo con nosotros. Se le agradece su cooperación. Gracias.

Signature X _____ Date: _____

Print Name X _____

Verifique detrás de cada hoja si hay algún formulario por llenar. →

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1. APELLIDO →		2. NOMBRE →	
2. INICIALES →		3. NOMBRE PREFERIDO →	
4. Sexo →	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	5. FECHA DE NAC →	(mm, dd, yyyy)
6. ESTADO CIVIL: →	<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> OTRO: _____	7. Language: →	<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> ESPANOL <input type="checkbox"/> otro: _____
8. SOCSEC.		9. CELULAR: →	
10. TEL. CASA →		11. TEL. TRABAJO →	
12. Direccion:			
13. ZipCode: →		14. Ciudad: →	
15. Contacto de preferencia	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Portal <input type="checkbox"/> Correo	16. Desea recibir recordatorios de	<input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Llamadas <input type="checkbox"/> Ambos
17. E-mail:* →		18. Contacto de Emergencia →	Nombre: Telefono: Relacion:
19. Where do you prefer to receive laboratory results?	<input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Patient portal account (email es requerido #17)*		

20. Persona autorizada a solo recibir información confidencial y cambiar mis citas. <i>(No nos hacemos responsable si esta persona cambia su cita y no le ha informado a usted. Es responsabilidad total del paciente.)</i>	Nombre: Relacion: Telefono:
21. Nombre del proveedor que le refiere:	Nombre: Telefono:
22. Farmacia Preferida:	Nombre: Telefono:
23. Laboratorio Preferido:	Nombre : Telefono:

Verifique detrás de cada hoja si hay algún formulario por llenar. →

NOTIFICACIÓN PARA LA PRIVACIDAD DE INFORMACIÓN

El centro de Diabetes *and Endocrine Care of Virginia, LLC*, le entrega copia de la Notificación de Privacidad de Información sobre de los servicios realizados en nuestra oficina, sobre su salud. La ley de privacidad de información, (*Health Insurance Portability and Accountability act of 1996*), mejor conocida por sus siglas (*HIPAA*), explica sobre sus derechos de privacidad de su salud y cómo podemos utilizar y/o divulgar su información médica protegida.

Si desea obtener más información sobre la ley HIPAA, puede preguntar al personal o al oficial de nuestro centro llamando al **571-363-3082**.

Como parte de la entrega, usted certifica que se le ofreció y presentó copia de este documento sobre Notificación de Privacidad de Información.

X _____
Firma (Paciente o persona autorizada) Fecha: Hora:

X _____
Nombre en letra de molde:

X _____
Relación del paciente Firma de Testigo: Fecha: Hora:

NOTIFICACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN

Yo, _____ (paciente) por la presente autorizo (**Diabetes and Endocrine Care of Virginia**), a divulgar cualquier y toda la información escrita de mi compañía de seguros (**primario**) _____, y mi (**secundario**) _____ (**si corresponde**) y/o sus representantes designados, en la determinación de (**Diabetes and Endocrine Care of Virginia, LLC**). Dicha divulgación será para fines de reembolso por los servicios recibidos.

Certifico que yo (o mis dependientes) tenemos una cobertura de seguro activa y válida como se proporciona anteriormente. He suministrado o proporcionaré *Diabetes y Endocrine Care of Virginia, LLC*, con una tarjeta de identificación de seguro actualizada y correcta, así como toda la información necesaria con respecto al garante de la (s) póliza (s) de seguro y la información necesaria el(los) suscriptor(es) elegible(s) para los beneficios de seguro que se requiere para presentar reclamaciones médicas para reembolso. ****La falta de actualización de cualquiera de la información suministrada dentro puede dar como resultado la denegación de los pagos a Diabetes y Endocrine Care of Virginia, LLC y entiendo que será mi responsabilidad pagarles a Diabetes y Endocrine Care of Virginia, LLC. servicios médicos prestados a mi o mis dependientes. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por el seguro.****

Entiendo que Diabetes y Endocrine Care of Virginia, LLC se reportará a las agencias de crédito comerciales y pueden entregar mi cuenta a una agencia de cobranza cuando se convierta en delincente. Las cuentas que no tienen pago dentro de los 60 a 90 días de la deuda inicial pueden considerarse una deuda a los efectos del pago.

Certifico que la información que he brindado con respecto a mi cobertura de seguro es correcta y autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con cualquier reclamo de beneficios, a fin de procesar cualquier reclamo de beneficios y asegurar el pago de los beneficios. Autorizo a *Diabetes y Endocrine Care of Virginia*, sus funcionarios, agentes, empleados y cualquier personal clínico asociado con mi caso, de toda responsabilidad que pueda surgir como resultado de la divulgación de información a las compañías de seguros mencionadas anteriormente o sus representantes designados. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento siempre que lo haga por escrito.

X _____
Firma (Paciente o persona autorizada)

Fecha: Hora:

X _____
Nombre en letra de molde:

Relación del paciente

Firma de Testigo: Fecha: Hora:

Authorization for Release of Medical/Billing Information ((((Historical Medical Record Request))))

Patient Name: _____ Patient DOB: _____

Patient Address: _____

Phone number: _____

I authorize, (Facility name, doctor or person who refers me to this office (Please write the NAME OF THE PHYSICIAN here→), _____, to release my Protected Health Information (PHI) to: Diabetes and Endocrine Care of Virginia, LLC **FAX: 844-634-2547**

Via (please circle one):→ (mail) (fax) (hard copy) (Verbal Exchange)

Please specify information to be released (please check-mark one):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medical records (all including other providers records on file, HIV test and results and mental health provider's notes) | |
| <input type="checkbox"/> Clinical notes | <input type="checkbox"/> Mental health provider's notes |
| <input type="checkbox"/> Immunization records | <input type="checkbox"/> HIV test and results |
| <input type="checkbox"/> Laboratory or X ray reports | <input type="checkbox"/> Billing statements |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | |

This authorization is valid until _____. Unless otherwise specified, this authorization is valid for 90 calendar days after the date of signing this form.

It is prohibited by law to release/disclose information to anyone except those specified above and under the circumstances mentioned on your Notice of Privacy Practices.

X _____
Signed (Patient or Other Person authorized to Act for Patient) Date: Time:

X _____
Print Name Witness Name Signature Witness