

VIRGINIA ENT – PATIENT INFORMATION FORM
Paciente: _____

Nombre Del Paciente (Primer Nombre, Inicial, Apellido):		Fecha de Nacimiento:	Sexo:	# Seguro Social:
Dirreccion:		Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Medico/a Primario:		Medico/a Referente:		
Los empleados de Virginia ENT tienen mi permiso para dejar mensajes que pueden contener informacion medica en mi telefono preferido de abajo; Coloque una marca de verificacion en la caja junto a su telefono preferido : (Inicial) _____			Por favor, responda: Podemos contactarlo/a por telefono? Si ☐ No ☐ Podemos contactarlo/a por correo electronico? Si ☐ No ☐	
Telefono de Casa: ☐	Telefono de Trabajo: ☐	Telefono de Celular: ☐	Correo Electronico:	
Seguro Primario:		ID de Seguro:	Nombre del Asegurado:	Fecha de Nacimiento:
Contacto de Emergencia:		Relacion con Paciente:	Numero del Telefono:	
Persona Responsable de Paciente				
Nombre:		Fecha de Nacimiento:	Numero del Telefono:	# Seguro Social:
Dirreccion:		Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Nombre del Empleador/a:	Dirreccion:		Numero del Telefono:	
<u>Authorizacion de Forma para el Uso y Divulgacion de Informacion de Salud Protegida</u> Nuestro Aviso de Practicas de Privacidad propociona informacion sobre como podemos usar y divulgar informacion medica protegida (IMP) sobre usted. Hemos explicado que se pueden hacer divulgaciones a familiares y amigos relacionados con la salud del paciente. Tambien se a explicado que solo divulgaremos informacion relevante para el tratamiento actual. Al firmar a continuacion, autorizo a Virginia ENT a divulgar informacion a los/las siguientes personas:				
<i>PACIENTES PEDIATRICOS – Por favor lista los padres y los nombres y informacion de contacto de cualquier persona que pueda llevar a un nino/a a una cita y tener acceso a la informacion del registro medico de su hijo/a.</i>				
NOMBRE DEL PAPA:			Numero del Telefono:	
NOMBRE DE MAMA:			Numero del Telefono:	
ABUELO/A(S):			Numero del Telefono:	
OTRA (Rel. to Paciente):			Numero del Telefono:	
<i>PACIENTES ADULTAS – Por favor lista los nombres de cualquier persona que pueda tener acceso a la informacion de su registro medico.</i>				
NOMBRE:		Relacion con Paciente:	Numero del Telefono:	
NOMBRE:		Relacion con Paciente:	Numero del Telefono:	

Firma del Paciente o Representante Paciente/Padre

(Fecha)

Nombre Impreso del Paciente o Representante Paciente/Padre

(Relacion con Paciente)

Virginia Ear, Nose & Throat Associates, P.C.

Nombre Del Paciente: _____ Patient #: _____

Aviso de Practicas de Privacidad

He recibido una copia de el "Aviso de Practicas de Privacidad" de Virginia Ear, Nose & Throat Associates, P.C. Segun lo dispuesto en nuestro aviso, los terminos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia revisada. Este aviso esta publicado en nuestras oficinas, en nuestro sitio web y las copias estan disponibles en cualquier momento. Entiendo que puedo hacer preguntas a Virginia ENT si no entiendo alguna informacion en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

(Inicial)

Consentimiento para Tratamiento, Asignacion de Beneficios y Politicas Financieras

• **Consentimiento para Tratamiento**

Yo autorizo a Virginia Ear, Nose & Throat Associates proporcionar tratamiento medico a mi mismo/a oa mi dependiente.

• **Asignacion de Beneficios**

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare, Medicaid o seguro privado aplicable se pague directamente a Virginia Ear, Nose & Throat Associates por los servicios prestados bajo su atencion.

• **Divulgacion de Informacion Medica**

Yo autoizo a Virginia Ear, Nose & Throat Associates para divulgar la informacion medica necesaria a mi compania de seguros, sus agentes o cualquier tercero pagador para que se determinen los beneficios pagaderos por estos servicios.

• **Cobro de Co-Pagos y Deducibles**

Por nuestro acuerdo con su seguro, debe de pagar los co-pagos correspondientes en el momento del servicio. Ademas, si esta asegurado con un plan de seguro con deducible alto y no ha alcanzado su deducible, cobraremos \$100 para pacientes nuevos y \$60 para pacientes establecidos al momento del servicio.

• **Responsabilidad Financiera**

Entiendo que Virginia Ear, Nose and Throat Associates presentara mis reclamos de seguro como cortesia ; sin embargo, En ultima instancia, soy responsable del pago total de todos los cargos. En caso de que sea necesario un procedimiento de cobro u otra accion legal para cobrar una cuenta vencida, el paciente o la parte responsable del paciente entiende que Virginia Ear, Nose & Throat Associates tiene derecho a divulgar a una agencia de cobro externa toda la informacion personal y de cuenta relevante necesaria para cobrar el pago de los servicios prestados. El paciente, o la parte responsable del paciente, entiende y acepta pagar todos los honorarios de abogados por un monto del treinta y tres y un tercio por ciento (33 1/3 %) del saldo total adeudado, mas los costos judiciales y los costos de presentacion incurridos por Virginia Ear, Nose & Throat Associates. Entiendo y acepto que Virginia Ear, Nose & Throat Associates debe dictarse sentencia en relacion con este acuerdo o cualquier deuda contraida, de eso, voy a pagar un cargo por servicio de uno y medio por ciento (1 ½ %) mensual, dieciocho por ciento (18%) anual, a partir de la fecha de la sentencia.

• **Referencias/ Autorizaciones**

Entiendo que si mi compania de seguros requiere una remision, soy responsable de obtener una referencia antes de mi visita. Si no tengo una remision, se me pedira que firme una renuncia antes de que me vea el medico y el pago total de los servicios prestados se cobrara en el mostrador de salida.

• **Citas Perdidas**

Requerimos un aviso de al menos 24 horas si debe cancelar una cita, el no hacerlo puede resultar en una tarifa de \$35 por "no presentarse".

• **Cheques Devueltos**

Nuestra oficina cobrara \$25 por cualquier cheque que sea devuelto por fondos insuficientes.

He leído las declaraciones anteriores y entiendo mis responsabilidades. Reconozco que Virginia Ear, Nose & Throat Associates, PC, escaneara este documento y destruira el original, y acepto que el documento escaneado es el mismo que el original.

Firma del Paciente o Representante Paciente/Padre

(Fecha)

Nombre Impreso del Paciente o Representante Paciente/Padre

(Relacion con Paciente)