

## PAQUETE PARA NUEVOS PACIENTES

Bienvenido/a y gracias por elegir Integrity Spine & Orthopedics. Nos esforzamos por ofrecer a nuestros pacientes la mejor atención y servicio posibles. Complete este formulario y háganos saber si tiene cualquier pregunta o necesita ayuda.

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: (Primer Nombre) \_\_\_\_\_ (Segundo Nombre) \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Hombre  Mujer

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

¿Podemos ponernos en contacto con usted en los números indicados anteriormente?  Sí  No

Preferencia de contacto  Correo electrónico  Teléfono

Email: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Zip: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a  Otro: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Zip: \_\_\_\_\_

## NUESTRAS POLÍTICAS

### CITAS

Para concertar una cita, llame a nuestra oficina con la mayor antelación posible. Reconocemos que el tiempo de todos es valioso, por lo que nos esforzamos por mantener los horarios de las citas programadas, pero las situaciones urgentes a veces alteran el calendario. Le pedimos su comprensión y paciencia en caso de cualquier retraso. Haremos todo lo posible para que el tiempo de espera sea mínimo. Si no puede acudir a su cita, llame por teléfono. Llegar tarde puede resultar en tener que reprogramar la cita.

INICIAL \_\_\_\_\_

### EMERGENCIAS Y LLAMADAS FUERA DE HORARIO

Cuando la oficina esté cerrada, las llamadas telefónicas se transmitirán a nuestro servicio de atención de llamadas. El servicio de atención le preguntará su nombre, número de teléfono y el motivo de su llamada. Esta información se transmitirá al médico de guardia. Para preguntas de rutina y solicitudes de reposición de recetas, le pedimos que por favor llame a la oficina el siguiente día hábil.

INICIAL \_\_\_\_\_

### SOLICITUDES DE RECETAS

Nuestra oficina emite recetas que no son de emergencia únicamente durante las horas de oficina en días laborables. Para presentar una solicitud, llame a la oficina y facilítenos el nombre de la receta, la cantidad de dosis de la medicación, cuándo la toma y cuántas reposiciones suele recibir. Si nuestra oficina puede llamar con la receta, tendrá que proporcionarnos el nombre y las solicitudes. Su médico puede pedirle que concierte una cita para que le reponga la medicación o si tuviera alguna pregunta o duda sobre sus medicamentos.

INICIAL \_\_\_\_\_

### POLÍTICA FINANCIERA

Entiendo que soy responsable de todos los gastos médicos, independientemente de la cobertura del seguro y de que haya o no un accidente con otra persona como culpable.

INICIAL \_\_\_\_\_

Poner sus iniciales después de cada sección y firmar a continuación indica que ha leído y está de acuerdo con las políticas anteriores.

Nombre del paciente

Firma

Fecha

\_\_\_\_\_

## AUTORIZACIONES Y ACEPTACIONES

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del paciente), por la presente, hago el siguiente reconocimiento y aceptación con respecto a los servicios profesionales que se proporcionarán.

### CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO/SERVICIOS PROFESIONALES:

Entiendo los servicios prestados para el paciente por Integrity Spine & Orthopedics y sus médicos. Por la presente, consiento y autorizo la administración de los servicios que se consideren aconsejables o necesarios a juicio del médico. Autorizo la obtención de cualquier registro médico por parte de Integrity Spine & Orthopedics.

### ACUERDO DE PAGO DE LOS SERVICIOS:

Por y en consideración de los servicios prestados al paciente, me comprometo a pagar a las compañías anteriormente mencionadas por todos los cargos y servicios prestados al paciente o en su nombre. También entiendo que Integrity Spine & Orthopedics no presentará una reclamación a mi compañía de seguro médico, si hubiera una. En el caso de que sea un tercero beneficiario en virtud de un contrato entre Integrity Spine & Orthopedics y mi compañía de seguros médicos, por la presente renuncio voluntaria e intencionadamente a mis derechos, privilegios y ventajas como tercero beneficiario en virtud de dicho contrato.

### AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO:

Mediante el original o la copia del presente documento, el paciente abajo firmante ordena (si procede) a la compañía de seguros de protección contra lesiones personales o de pagos médicos que realice el pago directamente a Integrity Spine & Orthopedics.

### AUTORIZACIÓN DE DIFUNDIR INFORMACIÓN:

Por la presente autorizo a Integrity Spine & Orthopedics a difundir cualquier información en el curso de mi seguro o cualquier médico o abogado que necesite esta información para el tratamiento.

Nombre del paciente

Firma del paciente/Parte responsable

Fecha

\_\_\_\_\_

## INTEGRITY SPINE & ORTHOPEDICS

4235 SUNBEAM ROAD, JACKSONVILLE, FL 32257 | 904-456-0017 | INFO@INTEGRITYSPINEORTHO.COM

## AVISO DE DERECHO DE RETENCIÓN DEL MÉDICO

Nombre del paciente:

Fecha del accidente:

Por la presente autorizo a mi abogado a pagar directamente a Integrity Spine & Orthopedics ("Proveedor") las sumas que se le deban al Proveedor por los servicios médicos que me haya prestado a causa del accidente y a retener dichas sumas de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto del seguro que sean necesarias para proteger adecuadamente a Integrity Spine & Orthopedics. Además, por la presente, otorgo un derecho de retención médica en mi caso a Integrity Spine & Orthopedics contra todos y cada uno de los ingresos de mi acuerdo de seguro, juicio o veredicto que pueda pagarse a mi abogado, o a mí mismo, como resultado de mis lesiones por las cuales he sido tratado médicamente o lesiones en relación con las mismas.

Entiendo que Integrity Spine & Orthopedics no presentará una reclamación a mi compañía de seguro médico, si hubiera una, por servicios prestados como resultado de este accidente. En el caso de que sea un tercero beneficiario en virtud de un contrato entre Integrity Spine & Orthopedics y mi compañía de seguros médicos, por la presente renuncio voluntaria e intencionadamente a mis derechos, privilegios y ventajas como tercero beneficiario en virtud de dicho contrato.

Acepto nunca rescindir este documento y que mi abogado no respetará dicha rescisión. También acepto y entiendo que este documento será válido en cuanto lo firme. Por la presente ordeno que en el caso de que otro abogado sea sustituido en este asunto, el nuevo abogado honre este derecho a retención como inherente al acuerdo y exigible sobre el caso como si fuera ejecutado por él/ella.

Comprendo plenamente que soy directa y totalmente responsable ante Integrity Spine and Orthopedics y sus proveedores médicos externos de todas las facturas médicas por los servicios que se me han prestado y que este acuerdo se realiza únicamente para la protección financiera adicional del Proveedor y en consideración del Proveedor en espera del pago. Además, entiendo que como beneficiario de los servicios médicos, sigo siendo personalmente responsable del pago de estos servicios, incluso si no tengo éxito en mi reclamo de lesiones personales y que el pago de estos servicios médicos no depende de ningún acuerdo de reclamo de seguro, sentencia o veredicto que pueda ser válido y vinculante para todas las partes involucradas como el original.

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del abogado

## AVISO DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

### FORMULARIO DE ACEPTACIÓN

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Confidencialidad y entiendo que el aviso describe ciertos derechos que tengo bajo la ley federal y estatal e informa cómo mi información médica puede ser utilizada por Integrity Spine & Orthopedics. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre el Aviso.

Firma

Fecha

Indique los nombres de las personas con las que podemos comunicarnos en relación con su atención médica:

Firma

Fecha

## CESIÓN DE BENEFICIOS

### RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo que la facturación del seguro es un servicio prestado como cortesía y que soy en todo momento responsable financieramente ante Integrity Spine & Orthopedics y/o sus entidades afiliadas por cualquier cargo no cubierto por mis beneficios de atención médica. Es mi responsabilidad notificar a Integrity Spine & Orthopedics sobre cualquier cambio en mi cobertura médica. En algunos casos, los beneficios exactos del seguro no pueden determinarse hasta que la compañía de seguros reciba la reclamación. Soy responsable de la totalidad de la factura o del saldo de la misma según lo determine Integrity Spine & Orthopedics y/o mi aseguradora de atención médica si se deniega el pago de los reclamos presentados o de cualquier parte de los mismos. Entiendo que al firmar este formulario estoy aceptando la responsabilidad financiera explicada anteriormente para todos los pagos por servicios médicos y/o suministros recibidos.

### CESIÓN DE BENEFICIOS

Autorizo la remisión directa del pago de todos los beneficios del seguro, incluido Medicare, si soy beneficiario de Medicare, a Integrity Spine & Orthopedics por todos los cuidados médicos y suministros cubiertos que se me proporcionen durante el transcurso de los tratamientos y atención proporcionados por Integrity Spine & Orthopedics y/o sus entidades afiliadas. Entiendo y acepto que esta Cesión de beneficios tendrá efecto continuo mientras esté siendo tratado o atendido por Integrity Spine & Orthopedics y constituirá una autorización continua, mantenida en el archivo de Integrity Spine & Orthopedics, que autorizará y permitirá el pago directo a Integrity Spine & Orthopedics de todos los beneficios de seguro aplicables y elegibles para todos los tratamientos, servicios, suministros y/o atención subsiguientes y continuos que me proporcione Integrity Spine & Orthopedics.

### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo a la Administración de Financiación de Atención Médica, a mi(s) compañía(s) de seguros o a otra entidad necesaria para determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios y/o suministros médicos relacionados proporcionados por Integrity Spine & Orthopedics. Se enviará una copia de esta autorización a la Administración de Financiación de Asistencia Sanitaria, a mi(s) compañía(s) de seguros o a otra entidad médica, si así se solicita. Integrity Spine and Orthopedics guardará la autorización original en un archivo.

Nombre del paciente/asegurado (en mayúsculas):

SS#:

Fecha de nacimiento:

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente:

\_\_\_\_\_  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo:

\_\_\_\_\_  
Fecha:

.....  
A:

\_\_\_\_\_  
Teléfono:

\_\_\_\_\_  
Fax:

Yo, \_\_\_\_\_ doy plena autorización para divulgar \_\_\_\_\_ a los médicos de Integrity Spine & Orthopedics con el fin de diagnosticar mi afección. Si tiene cualquier pregunta póngase en contacto conmigo en el número de teléfono indicado anteriormente.

Gracias,

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Persona de contacto

**Este consentimiento será válido durante sesenta días a partir de la fecha de la firma.**



**Formulario estándar de divulgación y acuse de recibo**

**Protección contra lesiones personales - Tratamiento inicial o servicio proporcionado**

El asegurado abajo firmante (o el tutor de dicha persona) afirma:

1. Los servicios o tratamientos que se indican a continuación fueron **efectivamente prestados**. Esto significa que dichos servicios **ya se han prestado**.
2. Tengo el derecho y el **deber de confirmar** que los servicios ya se han prestado.
3. Nadie **me pidió** que solicitara ningún servicio al proveedor médico de los servicios descritos anteriormente.
4. El proveedor médico me ha **explicado** los servicios por los que se reclama el pago.
5. Si notifico a la aseguradora por escrito de un error de facturación, puedo tener derecho a una parte de cualquier reducción en las cantidades pagadas por mi aseguradora de vehículos de motor. Si tuviera derecho, mi parte sería de al menos el 20% del importe de la reducción, hasta 500\$.

Persona Asegurada (paciente que recibe tratamiento o servicios) o Tutor de la Persona Asegurada:

Nombre (EN MAYÚSCULAS)	Firma	Fecha

**El profesional médico o director médico licenciado abajo firmante, en su caso, afirma la declaración numerada 1 anterior y también:**

- A. No he solicitado** ni he hecho que **se** solicite a la persona asegurada, implicada en un accidente de tráfico, que presente una reclamación por beneficios de Protección contra lesiones personales.
- B.** El tratamiento o los servicios prestados se explicaron a la persona asegurada, o a su tutor, **lo** suficiente para que esa persona firme este formulario con el consentimiento informado.
- C.** La declaración o factura adjunta está **debidamente cumplimentada** en todas sus disposiciones materiales y se ha facilitado en ella toda la información pertinente. Esto significa que se ha respondido a cada solicitud de información **de manera veraz, precisa y sustancialmente completa**.
- D.** La codificación de los procedimientos en la declaración o proyecto de ley adjunto es adecuada. Esto significa que **no se ha elevado el código de ningún servicio, no se ha desagregado ningún servicio** y ningún servicio constituye una **prueba de diagnóstico inválida o no médicamente necesaria** tal y como se define en la Sección 627.732(14) y (15), Estatutos de Florida o la Sección 627.736(5)(b)6, Estatutos de Florida.

Profesional médico autorizado que presta tratamiento/servicios o Director Médico, si procede (firma de su puño y letra):

Nombre	Firma	Fecha

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito de tercer grado según la Sección 817.234(1)(b) de los Estatutos de Florida.

**Nota:** El original de este formulario debe entregarse a la aseguradora de acuerdo con la Sección 627.736(4)(b) de los Estatutos de Florida y no puede entregarse electrónicamente. No proporcionar este formulario puede resultar en el impago de la reclamación.