|  |  |
| --- | --- |
|  **INFORMACIÓN DEL PACIENTE** |  |
| Nombre del paciente: (1.er nombre) |  | (2.o nombre) |  |  | (apellido) |
|  Número del seguro social: |  | Edad: | Fecha de nacimiento: |  | Sexo:Hombre Mujer |

 INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

 **PAQUETE INFORMATIVO PARA PACIENTES NUEVOS**

Bienvenido y gracias por seleccionar Integrity Spine & Orthopedics. Nos esforzamos por brindar a nuestros pacientes la mejor atención y servicio posibles. Por favor, complete este formulario en su totalidad y háganos saber si tiene alguna pregunta o necesita ayuda.

|  |  |
| --- | --- |
| Dirección: |  |
| Ciudad: |  | Estado: |  | Código postal: |  |
| Teléfono del hogar: |  |  Teléfono celular: |  |  Teléfono del trabajo: |  |
|  Dirección de correo electrónico: |  |  |  |  |
| ¿Nos permite comunicarnos con usted a los números de teléfono (incluidos, entre otros, a través de mensajes de texto) y/o a la dirección de correo electrónico indicada anteriormente con respecto a recordatorios de citas, listas de espera y citas perdidas? |  |  |  |  Preferencia para ser contactado: Teléfono Correo electrónico  |
| Sí No |  |  |  |  |
| Empleador: |  | Ocupación: |  |  |
| Dirección: |  |  |  |  |
| Ciudad: |  | Estado: |  | Código postal: |
|  Estado civil:[ ]  Soltero [ ]  Casado [ ]  Divorciado |  | [ ]  Viudo |  | [ ]  Otro:  |
| Contacto de emergencia: |  |  |  | Teléfono: |  |
|  Relación con el paciente: |  |  |  |  |  |
| Médico de atención primaria: |  |  |  | Teléfono: |  |
| Dirección: |  |  |  |  |  |
| Ciudad: |  | Estado: |  | Código postal: |  |

#  POLÍTICAS, AUTORIZACIONES Y ACUERDOS

### CITAS

Para programar una cita, llame a nuestro consultorio con la mayor anticipación posible. Reconocemos que el tiempo de todos es valioso, por lo que hacemos todo lo posible por cumplir con los horarios de las citas programadas, pero a veces las situaciones urgentes interrumpen el cronograma. Pedimos su comprensión y paciencia durante cualquier retraso. Haremos todo lo posible para mantener su tiempo de espera al mínimo. Si no puede asistir a su cita, por favor llame. Si llega tarde, quizás tendríamos que reprogramar su cita.

### EMERGENCIAS Y LLAMADAS FUERA DEL HORARIO LABORAL

Si experimenta una emergencia médica o una situación que ponga en peligro la vida, llame al 911 de inmediato o vaya al departamento de emergencias del hospital más cercano. Cuando el consultorio esté cerrado, las llamadas telefónicas se transmitirán a nuestro servicio de contestador. El servicio de contestador le preguntará su nombre, número de teléfono y el motivo de su llamada. Esta información será transmitida al proveedor de atención médica de guardia. Para preguntas de rutina y solicitudes de resurtido de recetas, le pedimos que llame al consultorio durante el siguiente día hábil.

### SOLICITUDES DE RECETAS

Nuestro consultorio expide recetas que no son de emergencia solo durante el horario de oficina de lunes a viernes. Para enviar una solicitud, llame al consultorio y proporciónenos el nombre de la receta, la cantidad de dosis del medicamento, cuándo lo toma y cómo, y cuántos resurtidos suele recibir. Si nuestro consultorio puede expedir la receta, deberá proporcionarnos el nombre y la ubicación de la farmacia. Su proveedor de atención médica puede solicitarle que haga una cita para recibir los resurtidos o si surge alguna pregunta o inquietud con respecto a sus medicamentos.

### POLÍTICA FINANCIERA Y ACUERDO

Entiendo y acepto que, en consideración de los servicios prestados, a menos que se acuerde mutuamente lo contrario, soy directa y principalmente responsable de pagar el monto de todos los cargos incurridos por los servicios y procedimientos prestados por Integrity Spine & Orthopedics. Soy responsable de cualquier deducible, copago o coseguro aplicable antes de la prestación de los servicios. Además, entiendo que, a menos que se acuerde mutuamente lo contrario, dicha responsabilidad de pago no depende de ningún seguro, resolución o pago de una sentencia. Integrity Spine & Orthopedics puede presentar una reclamación de pago a mi compañía de seguros como un acto de cortesía para conmigo. Si la compañía de seguros no le paga a Integrity Spine & Orthopedics de manera oportuna por cualquier motivo, entonces entiendo que seré responsable del pronto pago de todos los montos adeudados a Integrity Spine & Orthopedics.

Entiendo y acepto que el pago se puede hacer a Integrity Spine & Orthopedics en forma de efectivo, cheque, tarjetas de débito y tarjetas de crédito. En caso de que reciba un cheque directamente de mi compañía de seguros pagadero a mí por los servicios prestados por Integrity Spine & Orthopedics, entiendo que este pago le pertenece a Integrity Spine & Orthopedics. Acepto endosar el cheque al reverso, pagadero a “Integrity Spine & Orthopedics, LLC” y entregar rápidamente el cheque a Integrity Spine & Orthopedics.

Entiendo que se aplican créditos a los pacientes por los saldos pendientes de los pacientes antes de emitir cualquier reembolso. Entiendo que se aplicarán cargos adicionales a mi cuenta por cualquier cheque devuelto utilizado para pagar mi cuenta, por las cartas certificadas que me envíen para el cobro desde mi cuenta y por las tarifas de la agencia de cobranza. Acepto que se me puede cobrar un cargo por cancelación tardía si no cancelo mi cita programada con al menos dos (2) días hábiles de anticipación.

Si mi cuenta es referida a una agencia de cobranza o a un abogado para cobranza, pagaré todos los costos de cobranza, incluidos los honorarios razonables de los abogados. Entiendo que los saldos no pagados en su totalidad o los arreglos de pago no programados dentro de los 60 días posteriores al extracto de la cuenta inicial se consideran morosos. Entiendo que los pacientes que no paguen sus facturas pendientes dentro de los 90 días posteriores al extracto inicial pueden ser dados de alta de Integrity Spine & Orthopedics.

Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar a Integrity Spine & Orthopedics una copia de mi tarjeta de seguro actual. Si no tengo seguro de salud, elijo no usar mi seguro de salud y/o no notifico a Integrity Spine & Orthopedics de mi cobertura de seguro de salud, entiendo y acepto que, a menos que se acuerde mutuamente, seré financieramente responsable del pago del monto total por los servicios prestados. Notificaré a Integrity Spine & Orthopedics inmediatamente después de cualquier cambio de mi seguro. Entiendo que, a menos que se acuerde mutuamente lo contrario, soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por el seguro. Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo mi(s) plan(es) de seguro es correcta. Entiendo que si algún servicio no está cubierto por mi plan de seguro (“Servicios no cubiertos”), debo pagar por dichos Servicios no cubiertos.

### CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y SERVICIOS PROFESIONALES

Por la presente, doy mi consentimiento y autorización para la realización de todos los procedimientos y cursos de tratamiento apropiados, la administración de todos los anestésicos y todos y cada uno de los medicamentos que, a juicio de mis proveedores de atención médica, puedan considerarse necesarios o aconsejables para mi diagnóstico o tratamiento. Esta atención puede incluir, pero no se limita a, procedimientos de diagnóstico, radiología y laboratorio, administración de medicamentos, biológicos y otros tratamientos y atención médica y de enfermería.

### ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente, autorizo y le asigno directamente a Integrity Spine & Orthopedics todos los pagos y/o beneficios del seguro por servicios médicos, productos o procedimientos prestados. Entiendo que, a menos que se acuerde mutuamente lo contrario, soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por el seguro. Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo Medicare o el plan o planes de seguro es correcta y por la presente solicito todos los beneficios autorizados. Por la presente autorizo e instruyo a mi compañía de seguros a hacer el pago directamente a Integrity Spine & Orthopedics por los beneficios y pagos que de otro modo me pagarían. A menos que se acuerde mutuamente lo contrario, acepto pagar personalmente cualquier cargo que no esté cubierto por, o cobrado de, cualquier programa de seguro, incluidos los deducibles, coseguros y montos de copago.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, RECONOZCO QUE HE LEÍDO CUIDADOSAMENTE O ME HAN LEÍDO, QUE ENTIENDO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ANTERIORES, Y QUE HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y OBTENER RESPUESTAS A ESTAS PREGUNTAS. EN LA MEDIDA EN QUE SOY UN INDIVIDUO DIFERENTE AL PACIENTE IDENTIFICADO EN ESTE DOCUMENTO, DECLARO Y GARANTIZO QUE ESTOY TOTALMENTE AUTORIZADO PARA REPRESENTAR AL PACIENTE Y FIRMAR ESTE ACUERDO EN NOMBRE DEL PACIENTE.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del paciente (en letra de imprenta):** |  | **Nombre del representante del paciente (en letra de imprenta, si corresponde**): |
| **Firma del paciente o representante:** |  | **Relación del representante con el paciente (en letra de imprenta, si corresponde):** |
| **Fecha:** |  |  |

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y**  **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**

### FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO

He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Integrity Spine & Orthopedics (el “Aviso”) y entiendo que el Aviso describe ciertos derechos que tengo bajo las leyes aplicables y analiza cómo mi información médica puede ser utilizada por Integrity Spine & Orthopedics. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre el Aviso. Reconozco y acepto que Integrity Spine & Orthopedics tiene el derecho de revisar este Aviso en cualquier momento y publicará una copia del Aviso vigente en su sitio web en todo momento. Integrity Spine & Orthopedics me proporcionará una copia de su Aviso más reciente si la solicito.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del paciente (en letra de imprenta):** |  | **Nombre del representante del paciente** (**en letra de imprenta, si corresponde**): |
| **Firma del paciente o representante:** |  | **Relación del representante con el paciente (en letra de imprenta, si corresponde):** |
| **Fecha:** |  |  |

Enumere los nombres de las personas con quienes podemos comunicarnos con respecto a su atención médica:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre Relación

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Relación

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Relación

### DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

He recibido una copia del aviso de Derechos y responsabilidades del paciente y entiendo que el aviso describe los derechos del paciente, así como las responsabilidades del paciente. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre los derechos y las responsabilidades del paciente.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del paciente (en letra de imprenta):** |  | **Nombre del representante del paciente** (**en letra de imprenta, si corresponde**): |
| **Firma del paciente o representante:** |  | **Relación del representante con el paciente (en letra de imprenta, si corresponde):** |
| **Fecha:** |  |  |

#  AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo a cualquier entidad o agencia gubernamental necesaria para determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios médicos relacionados o suministros proporcionados por Integrity Spine & Orthopedics. Se puede enviar una copia de esta autorización a cualquier entidad o agencia gubernamental si es solicitada. La autorización original será archivada por Integrity Spine & Orthopedics.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del paciente (en letra de imprenta):** |  | **SSN:** |  | **Fecha de nacimiento:** |
| **Firma del paciente o representante:** |  |  |  |  |
| **Nombre del** **representante del paciente** (**en letra de imprenta, si corresponde**): |  |  |  |  |
| **Relación del representante con el paciente:** |  | **Fecha:** |

# AUTORIZACIÓN PARA LA SOLICITUD DE EXPEDIENTES MÉDICOS

Para:

Teléfono: Fax:

Yo, , doy plena autorización para revelar a los médicos y otros proveedores de atención médica de Integrity Spine & Orthopedics con el fin de diagnosticar y tratar mis afecciones. Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto conmigo en el número mencionado anteriormente.

 Gracias,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Número de teléfono: |  | Fecha de nacimiento: |
|  Persona de contacto: |  |  |
| Nombre del paciente (en letra de imprenta): |  |  Nombre del representante del paciente (en letra de imprenta, si corresponde): |
| Firma del paciente o representante: |  | Relación del representante con el paciente (en letra de imprenta, si corresponde): |
| Fecha: |  |  |

**RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE: SEGURO DE SALUD**

COMPLETE ESTE FORMULARIO **SOLO SI** NO TIENE SEGURO MÉDICO O

ESTÁ ELIGIENDO NO USAR SU SEGURO DE SALUD PARA SU ATENCIÓN.

Nombre del paciente:

Entiendo que Integrity Spine & Orthopedics no presentará una reclamación a ninguna compañía de seguros de salud por los servicios prestados, ya sea porque no tengo seguro de salud o porque elijo no usar mi seguro de salud para mi atención. En caso de que yo sea un tercero beneficiario bajo un contrato entre Integrity Spine & Orthopedics y mi compañía de seguros de salud, por la presente renuncio voluntaria e intencionalmente a mis privilegios y ventajas como tercero beneficiario bajo ese contrato.

En la medida en que soy una persona diferente al paciente identificado en este documento (si corresponde), declaro y garantizo que estoy plenamente autorizado para representar al paciente y firmar este acuerdo en nombre del paciente.

Entiendo completamente que, a pesar de cualquier disposición en este documento, soy directa y totalmente responsable ante Integrity Spine & Orthopedics por todas las facturas por los servicios prestados, y que este acuerdo se realiza únicamente para la protección financiera adicional de Integrity Spine & Orthopedics. Acepto eximir de responsabilidad a Integrity Spine & Orthopedics y a todos sus proveedores, miembros, gerentes, funcionarios, directores, empleados y agentes ante cualquier reclamación, pérdida o daño, incluidos, entre otros, los honorarios de abogados que surjan como resultado de que presente una reclamación al seguro por dichos servicios o que no cumpla con los términos de este documento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del paciente (en letra de imprenta):** |  | **Nombre del representante del paciente** (**en letra de imprenta, si corresponde**): |
| **Firma del paciente o representante:** |  | **Relación del representante con el paciente (en letra de imprenta, si corresponde):** |