

**EASTERN NEW MEXICO
FOOT & ANKLE**

Hoja demográfica
¿Como supiste de nosotros?: _____

PCP: _____

Médico remitente: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
Primer Nombre: _____ Segundo: _____ Apellido: _____ Sufijo (Jr./Sr./III): _____	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____	
Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____	
Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____	
Correo electrónico: _____ Empleador: _____	
Idioma principal: Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Raza / Etnia: _____	
INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	
Primer Nombre: _____ Apellido: _____	
Relación con el paciente: _____	
Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____	
Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____	
SEGURO PRIMARIO	SEGURO SECUNDARIO
Seguro: _____	Seguro: _____
Nombre del titular de la póliza <input type="checkbox"/> Yo (omita lo siguiente si es "yo")	Nombre del titular de la póliza <input type="checkbox"/> Yo (omita lo siguiente si es "yo")
Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Primer: _____ Seg.: _____	Primer: _____ Seg.: _____
Apellido: _____	Apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____	Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____
Relación con el paciente: _____	Relación con el paciente: _____

Formulario de consentimiento de paciente de cumplimiento de HIPAA

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información de salud protegida.

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Usted confirma que, con su firma, ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Los términos de la notificación pueden cambiar, de ser así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma / fecha.

Tiene derecho a restringir cómo se usa y divulga su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos con este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996) permite el uso de la información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información de salud protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero no tiene que aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones completas cesarán.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento tras la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamarlo, enviarle un correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar citas? Sí NO

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular? Sí NO

¿Podemos discutir su condición médica con algún miembro de su familia? Sí NO

En caso afirmativo, indique los miembros permitidos:

Firma del paciente / tutor

Nombre impreso del paciente / tutor

Fecha

Acuerdo de Responsabilidad Financiera del Paciente

Como paciente, lo mejor para usted es conocer y comprender los beneficios de su plan de seguro y su responsabilidad por los montos de deducibles, coaseguros o copagos antes de cualquier visita. No todos los servicios están cubiertos en todos los contratos de seguro. Además, debe asegurarse de que su médico esté listado como proveedor participante por su compañía de seguros. Si su plan de seguro no cubre un servicio o procedimiento, usted es 100% responsable del pago de estos cargos.

En el caso de que su seguro no sea válido o su cobertura haya finalizado en el momento en que se prestan los servicios, usted será el único responsable del monto total de su visita al consultorio y / o de cualquier procedimiento prestado.

Además, si su plan de seguro determina que un servicio o procedimiento está "no cubierto", usted será responsable del cargo completo de dichos servicios.

Acepto ser 100% responsable del pago de todos los servicios no pagados prestados en mi nombre o en el de mis dependientes, incluidas las tarifas por servicios de cobranza, costos judiciales, etc.

Equipo Médico Duradero / Exención de Suministros

Ciertas condiciones médicas pueden, o no, requerir el uso de equipos / suministros médicos duraderos, que incluyen cualquiera de los siguientes: moldes prefabricados y fabricados a medida, férulas, tirantes, apósitos, eslingas, cojines, etc.

Aunque su médico los considera "médicamente necesarios", muchas compañías de seguros negarán el pago de dichos artículos.

Si está cubierto por un seguro privado, es nuestra política facturar a su (s) compañía (s) de seguros por ciertos artículos (tenga en cuenta que muchas compañías de seguros privadas consideran que las férulas prefabricadas o "listas para usar" son artículos no cubiertos). En caso de que su (s) compañía (s) de seguros rechacen estas reclamaciones, usted será responsable de pagar las facturas pendientes con respecto a los artículos emitidos. Para los artículos no cubiertos, el pago se debe cuando se entrega el artículo.

Entiendo que al firmar a continuación, estoy de acuerdo con el acuerdo financiero individual y la DME / exención de suministros.

Firma del paciente / tutor

Nombre impreso del paciente / tutor

Fecha

**Eastern New Mexico Foot & Ankle of Clovis N.M (en adelante, colectivamente denominado "ENMFA")
Notificación de políticas y procedimientos de la oficina**

1 Leer las siguientes políticas y procedimientos anualmente lo mantendrá informado sobre nuestra oficina.

2 Citas: los médicos están disponibles con cita previa durante las horas publicadas. Durante una emergencia médica, los pacientes deben buscar atención en la sala de emergencias más cercana o llamar al 911.

3 Recargas y medicamentos: las recargas se completan mediante una solicitud de farmacia. Comuníquese con su plan con respecto a su cobertura de medicamentos.

4 Mensajes: los mensajes telefónicos recibidos antes de las 3 p.m. generalmente se devuelven a diario.

5 Beneficios: ENMFA reiterará los beneficios que su plan de seguro nos reveló. Luego, recopilaremos en función del nivel de beneficios todos los copagos, deducibles, coaseguros y saldos aplicables que se apliquen en el momento del servicio o en la cita preoperatoria.

6 Pagos: ENMFA acepta tarjetas de débito, tarjetas de crédito, tarjetas de cuentas de ahorro de salud, efectivo y cheques.

7 Reclamaciones de seguro: ENMFA presenta reclamaciones electrónicamente para el plan principal del paciente contratado y acepta el pago a través de la asignación del paciente. ENMFA solo presenta reclamos secundarios para pacientes de Medicare; los pacientes que no son de Medicare pueden solicitar declaraciones detalladas para presentar a múltiples proveedores.

8 Políticas múltiples: cuando existen múltiples políticas, es responsabilidad del titular de la póliza informar a ENMFA de su plan primario.

La presentación retrasada en el plan primario puede resultar en la violación de los límites de presentación a tiempo, lo que resulta en una denegación de servicio y responsabilidad financiera total del paciente.

9 Redes de seguros: ENMFA solo presenta reclamos con los que tenemos una relación contractual; nuestra lista dentro de la red está disponible a pedido.

10 Reclamaciones de responsabilidad: ENMFA no acepta protección contra lesiones personales, cartas de protección u otras reclamaciones de responsabilidad. Estos tipos de reclamos deben ser pagados en su totalidad por el paciente.

11 Servicios no cubiertos: ENMFA no presentará reclamos por artículos no cubiertos, incluidos, entre otros, servicios cosméticos y otros artículos de conveniencia sin receta (OTC, por ejemplo, Biofreeze, Coban, Lyncos, Mycomist, etc.)

12 Referencias: ENMFA puede derivar pacientes a otros proveedores, instalaciones y laboratorios. ENMFA no es responsable de estas entidades.

El paciente debe comunicarse con estos proveedores, instalaciones o laboratorios que no pertenecen a ENMFA directamente con respecto a cualquier pregunta de facturación. El titular de la póliza también es responsable de todas las autorizaciones previas del seguro y / o las referencias de atención administrada necesarias para el pago a ENMFA.

13 Retención de citas: con respecto a citas repetitivas perdidas, incumplimiento, comportamiento hostil y / o relación financiera deficiente, se notificará con 30 días de anticipación si la situación resulta en la transferencia de la atención al paciente.

14 Saldo de la cuenta: si tiene múltiples reclamos impagos, es posible que deba pagar el 25% del saldo total de su cuenta antes de su próxima cita para permanecer en buena posición.

15 Estado de saldo del paciente: ENMFA enviará un recordatorio o una declaración de saldo al paciente cuando el proveedor haya tergiversado los beneficios. Se accederá a cada estado de cuenta con una tarifa de refacturación de \$ 10 por cada mes que se vuelva a emitir.

16 Cuentas morosas: las cuentas vencidas están sujetas a procedimientos de cobro y se informan al buró de crédito. Todos los honorarios de cobranza, honorarios de abogados y honorarios de la corte se convertirán en responsabilidad del paciente / garante además del saldo adeudado por la oficina.

17 Cheques devueltos: Se aplicará una tarifa de \$ 25.00 en todos los cheques devueltos. Cualquier NSF o Cuentas Cerradas resultará en servicios futuros en una base de crédito en efectivo prepago. La Oficina del Fiscal de Distrito procesará los cheques sin resolver.

18 Reembolsos: ENMFA emite reembolsos de pacientes mediante cheque dentro de los 30 días posteriores a una investigación completa del posible sobrepago, siempre que se hayan resuelto las otras cuentas pendientes.

19 Devoluciones: solo los artículos no usados y no personalizados se pueden devolver dentro de los 14 días posteriores a la recepción, si no hay signos visibles de desgaste, rasgadura u olor. Los artículos personalizados están diseñados para satisfacer las necesidades individuales: los artículos personalizados no son retornables ni reembolsables.

20 Registros médicos: el costo de los registros médicos copiados y las radiografías de los registros personales se cargarán al paciente y se recopilarán antes de la replicación. Las tarifas por servicios regulados por HIPAA y el Código de Salud y Seguridad de Nuevo México.

El abajo firmante certifica que él / ella ha leído y comprende las declaraciones anteriores 1-19, y es el paciente, o está debidamente autorizado por el paciente como el agente general del paciente para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos.

Firma del paciente / tutor

Nombre impreso del paciente / tutor

Fecha