

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(Por favor escriba)

Dr. Sr Sra. Srta.
 Nombre del Paciente (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial) _____ Nombre previo _____
 Dirección _____
 Ciudad, Estado _____ Código Postal _____
 Número de Teléfono _____ Número Móvil. _____ Numero de Trabajo _____ Ext. _____
 Proveedor Primario (PCP) _____ Proveedor que lo Recomienda _____
 Nombre del proveedor de la prestación (esta práctica) _____ Correo Electrónico: _____
 Fecha de Nacimiento Mes ____/Dia ____/Año _____ Sexo F – Femenino M – Masculino Transgénero
 Raza indio americano o nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Negro o afro-Americanos
 Blanco Declinó
 Origen Étnico Hispano o Latino No Hispano o Latino Declinó
 Lenguaje Inglés Español Hindú Japonés Chino Coreano Francés Alemán Ruso Otro _____
 Estado Civil Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a) Legalmente Otro
 Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Nombre del Empleador _____
 Situación laboral 1 - Tiempo completo 2 -Ttiempo parcial 3 - Sin empleo 4 - Cuenta propia 5 - Jubilado 6 - Militar Activo
 Estudiante F- Estudiante de tiempo completo P - Estudiante de tiempo parcial N – No es un estudiante
 Contacto de Emergencia Apellido _____ Nombre _____
 Número de Teléfono _____ ¿Tiene usted un testamento en vida? Si No
 Parentesco del contacto de emergencia al paciente _____ Guardián
 Dirección _____
 Ciudad, Estado _____ Código Postal _____
 Número de Teléfono _____ Numero de Trabajo _____ Ext. _____
 Nombre del Proveedor que lo Recomienda _____

INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA RESPONSABLE (información se utilizara para las declaraciones de balance del paciente)

Persona Responsable Otro Paciente Garante Yo Marque aquí si la información es igual a del paciente
 Nombre de la Persona Responsable (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial) _____
 Número de cuenta del garante _____ Fecha de Nacimiento Mes ____/Dia ____/ Año ____
 Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Teléfono _____
 Correo Electrónico _____ Sexo F – Femenino M - Masculino
 Dirección _____
 Ciudad, Estado _____ Código Postal _____
 Empleador _____ Numero de Trabajo _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO (proporcionar su tarjeta de seguro medico al momento de anunciarse)

Compañía Aseguradora / Número de teléfono _____ (_____) _____
 Nombre del Asegurado(a) _____ Relación del paciente con el asegurado _____
 Numero ID (número de póliza) _____ Numero ID del Grupo _____ Cantidad de co-pago _____
 Fecha de vigencia _____ Fecha de vencimiento _____ Fecha de Nacimiento Mes ____/Dia ____/ Año ____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIA (proporcionar su tarjeta de seguro medico al momento de anunciarse)

Compañía Aseguradora/ Número de teléfono _____ (_____) _____
 Nombre del Asegurado(a) _____ Relación del paciente con el asegurado _____
 Numero ID (número de póliza) _____ Numero ID del Grupo _____ Cantidad de co-pago _____
 Fecha de vigencia _____ Fecha de vencimiento _____ Fecha de Nacimiento Mes ____/Dia ____ Año ____

De acuerdo a mi mejor conocimiento, la información proporcionada en este formulario es correcta y esta actualizada.

Consentimiento General de Atención y Consentimiento de Tratamiento

PARA EL PACIENTE: Como paciente, usted tiene derecho a estar informado sobre su afección y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado que se utilizará para que pueda tomar la decisión si se someterá o no al procedimiento o tratamiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros relacionados. En este punto de su atención, no se le ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento simplemente está destinado a obtener su permiso para llevar a cabo la evaluación necesaria para determinar el tratamiento o procedimiento adecuado para la afección identificada.

Mediante este consentimiento, se nos autoriza a llevar a cabo el tratamiento, los análisis y los exámenes médicos necesarios. Con su firma a continuación, usted indica que (1) sabe que este consentimiento es de carácter continuo después de obtener un diagnóstico específico y de recomendar un tratamiento; y (2) acepta someterse al tratamiento en este consultorio o cualquier otro consultorio de nuestra propiedad. El consentimiento continuará plenamente vigente hasta que se revoque por escrito. Usted tiene derecho a interrumpir el servicio en cualquier momento.

Tiene derecho a hablar sobre el plan de tratamiento con su médico acerca de la finalidad, y los posibles riesgos y beneficios de cualquier examen que se le indique. Si tiene inquietudes relacionadas con algún examen o tratamiento recomendado por su prestador de atención médica, no dude en consultarnos.

Solicito voluntariamente al médico o prestador de nivel intermedio (Enfermera Profesional, Asistente del Médico o Especialista en Enfermería Clínica) y a otros prestadores de atención médica o personas designadas, según fuera necesario, a llevar a cabo el tratamiento, las pruebas y los exámenes médicos necesarios para la afección por la cual he concurrido a este establecimiento. Comprendo que si se recomienda realizar otras pruebas o procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá leer y firmar otros formularios de consentimiento antes de llevar a cabo las pruebas o los procedimientos.

Certifico que he leído y comprendo la totalidad de las declaraciones anteriores, y acepto de manera completa y voluntaria su contenido.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Nombre en **Letra de Imprenta** del Paciente
o Representante Personal

Vínculo con el Paciente

Nombre en **Letra de Imprenta** del Testigo

Título del Empleado

Firma del Testigo

Fecha

Paciente (o Responsable) Firma _____

Fecha _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA COMUNICACIONES FINANCIERAS

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

1. _____ (Iniciales del Paciente o Guardián)

Acuerdo Financiero.

- Reconozco que, como cortesía, **North Denver Bone and Joint Specialists** pudiera facturar a mi compañía de seguros por los servicios que me fueron proporcionados.
- Estoy de acuerdo en pagar por los servicios que no están cubiertos o los cargos cubiertos no pagados en su totalidad, incluyendo pero no limitado a co-pago, co-seguro y / o deducibles o cargos no cubiertos por el seguro.
- Tengo conocimiento que existe un cargo por cheques devueltos.

2. _____ (Iniciales del Paciente o Guardián)

Colección de terceros. Reconozco que **North Denver Bone and Joint Specialists** puede utilizar los servicios de un asesor de negocios a terceros o entidad afiliada como una oficina de negocios extendida ("EBO Servicer") para servicios y facturación de cuentas médicas.

3. _____ (Iniciales del Paciente o Guardián)

Asignación de beneficios. Por la presente otorgo a **North Denver Bone and Joint Specialists** de algún seguro o beneficios disponibles de otra entidad sobre los servicios médicos que se me fueron proporcionados. Tengo conocimiento de que **North Denver Bone and Joint Specialists** tiene el derecho de rechazar o aceptar la cesión de tales beneficios. Si estos beneficios no están asignados a **North Denver Bone and Joint Specialists**, estoy de acuerdo en realizar todos los pagos inmediatamente al recibirlos por los servicios prestados provenientes del seguro de salud o de terceros.

4. _____ (Iniciales del Paciente o Guardián)

Certificación del Paciente de Medicare y Asignación del Beneficio. Yo certifico que la información que hago disponible, en su caso, se podrá utilizar en la aplicación para el pago correspondiente bajo el Título XVIII ("Medicare") o el Título XIX ("Medicaid") de la Ley del Seguro Social es correcta. Solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados en mi nombre para **North Denver Bone and Joint Specialists** por el programa de Medicare o Medicaid.

5. _____ (Iniciales del Paciente o Guardián)

Consentimiento a Llamadas Telefónicas para Comunicaciones Financieras. Estoy de acuerdo en que, para que **North Denver Bone and Joint Specialists**, o los Agentes de la Oficina de Extensión de Negocio (EBO) y los agentes de colección administren mi cuenta o cobren cualquier cantidad que yo tenga adeudada, yo expreso mi acuerdo y mi consentimiento de que **North Denver Bone and Joint Specialists** o EBO se ponga en contacto conmigo por vía telefónica a cualquier número de teléfono, sin límite de conexión inalámbrica, que haya proporcionado o **North Denver Bone and Joint Specialists** o administradores y agentes de colección de EBO hayan obtenido o, a cualquier número de teléfono remitido o transferido desde ese número telefónico proporcionado, con relación a los servicios prestados, y a mis obligaciones financieras. Los métodos de contacto pudieran incluir el uso de mensajes de voz pre-grabados / programados y / o el uso de cualquier dispositivo de marcación automática, según corresponda.

6. _____ (Iniciales del Paciente o Guardián)

Una fotocopia de este consentimiento se considerará válida como el original.

Firma del Paciente / Representante del Paciente:

X _____ Fecha _____

Si usted no es el paciente, por favor, describa su relación con el paciente.

(Circule o Marque la (s) relación (es) de la lista a continuación):

- | | |
|----------------|-----------------------------------|
| Esposo(a) | Garantizador |
| Padre | Representante Poder Legal Medico |
| Guardián Legal | Otro (favor de especificar) _____ |

HCA Physician Services
 Authorization for Release of Protected Health Information

Section A: This section must be completed for all Authorizations					
Patient Name:		Date of Birth:	Patient's Phone:	Last 4 digit SSN (optional):	
Provider's Name:		Recipient's Name:			
Provider's Address:		Address 1:			
		Address 2:		Recipient's Phone:	
		City:		State:	Zip:
Request Delivery (If left blank, a paper copy will be provided): <input type="checkbox"/> Paper Copy <input type="checkbox"/> Electronic Media, if available (e.g., USB drive, CD/DVD) <input type="checkbox"/> Encrypted Email <input type="checkbox"/> Unencrypted Email NOTE: In the event the facility is unable to accommodate an electronic delivery as requested, an alternative delivery method will be provided (e.g., paper copy). There is some level of risk that a third party could see your PHI without your consent when receiving unencrypted electronic media or email. We are not responsible for unauthorized access to the PHI contained in this format or any risks (e.g., virus) potentially introduced to your computer/device when receiving PHI in electronic format or email.					
Email Address (If email checked above. Please print legibly):					
This authorization will expire on the following: (Fill in the Date or the Event but not both.)					
Date:		Event:			
Purpose of disclosure:					
Description of information to be used or disclosed					
Is this request for psychotherapy notes? <input type="checkbox"/> Yes, then this is the only item you may request on this authorization. You must submit another authorization for other items below. <input type="checkbox"/> No, then you may check as many items below as you need.					
Description:	Date(s):	Description:	Date(s):	Description:	Date(s):
<input type="checkbox"/> All PHI in medical record <input type="checkbox"/> Admission form <input type="checkbox"/> Dictation reports <input type="checkbox"/> Physician orders <input type="checkbox"/> Intake/outtake <input type="checkbox"/> Clinical test <input type="checkbox"/> Medication sheets		<input type="checkbox"/> Operative information <input type="checkbox"/> Cath lab <input type="checkbox"/> Special test/therapy <input type="checkbox"/> Rhythm strips <input type="checkbox"/> Nursing information <input type="checkbox"/> Transfer forms <input type="checkbox"/> ER information		<input type="checkbox"/> Labor/delivery summary <input type="checkbox"/> OB nursing assess <input type="checkbox"/> Postpartum flow sheet <input type="checkbox"/> Itemized bill: <input type="checkbox"/> UB-04: <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> Other:	
I acknowledge, and hereby consent to such, that the released information may contain alcohol, drug abuse, genetic information, psychiatric, HIV testing, HIV results or AIDS information. _____ (Initial)					
I understand that:					
1. I may refuse to sign this authorization and that it is strictly voluntary. 2. My treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits may not be conditioned on signing this authorization. 3. I may revoke this authorization at any time in writing, but if I do, it will not have any affect on any actions taken prior to receiving the revocation. Further details may be found in the Notice of Privacy Practices. 4. If the requester or receiver is not a health plan or health care provider, the released information may no longer be protected by federal privacy regulations and may be redisclosed. 5. I understand that I may see and obtain a copy the information described on this form, for a reasonable copy fee, if I ask for it. 6. I get a copy of this form after I sign it.					
Section B: Is the request of PHI for the purpose of marketing and/or does it involve the sale of PHI? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
If yes, the health plan or health care provider must complete Section B, otherwise skip to Section C.					
Will the recipient receive financial remuneration in exchange for using or disclosing this information?				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, describe:					
May the recipient of the PHI further exchange the information for financial remuneration?				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Section C: Signatures					
I have read the above and authorize the disclosure of the protected health information as stated.					
Signature of Patient/Patient's Representative:				Date:	
Print Name of Patient's Representative:				Relationship to Patient:	