

INFORMACION DEL PACIENTE

APELLIDO _____ NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____
 FECHA DE NACIMIENTO ___/___/___ AGE: _____ SEXO: M F SOCIAL SECURITY # _____
 DIRECCION _____ APT # _____
 CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____
 TELEFONO DE CASA _____ CELULAR _____ EMAIL _____
 MEDICO PRIMARIO _____ ESPECIALIDAD _____
 DIRECCION _____ TELEFONO _____
 MEDICO REMITENTE _____ ESPECIALIDAD _____
 DIRECCION _____ TELEPHONO _____
 FARMACIA _____ DIRECCION _____ TELEFONO _____

COMPLETE ESTA SECCION SI PACIENTE ES UN MENOR

NOMBRE DE GUARDIAN LEGAL _____ RELACION _____ SS# _____
 TELEFONO _____ CELULAR _____ EMAIL _____

LA TUTELA PARA EL MENOR

Yo, el abajofirmante, en mi nombre o el de un menor de edad bajo mi tutela _____ (nombre del paciente/menor), acuerdan ser financieramente responsable por el costo de los servicios que el menor está a punto de recibir. También entiendo que si el servicio(s) no se pagan en su totalidad en el momento del servicio, autorizo Eran Kessous, MD, PC o a su agente a la facture para mi todos los saldos pendientes. Ejecutado este ___ día de ___, 20___. Además, entiendo que si el medico(s) de no participar con mi plan de seguro, soy responsable legal y financieramente para el pago de los servicios prestados.

Firma del Guardián _____ Nombre del Guardián _____ Fecha _____

INFORMATION DE SEGURO

SEGURO PRIMARIO _____ GRUPO # _____ ID # _____
 DIRECCION DEL SEGURO _____ TELEFONO _____
 RELACION CON EL ASEGURADO: YO / ESPOSO / ESPOSA / NINO / OTRO: _____

SEGURO SECUNDARIO _____ GRUPO # _____ ID # _____
 DIRECCION DE SEGURO _____ TELEFONO _____

TENEDOR DE UNA POLIZA: PACIENTE GUARDIAN

INFORMACION DE LA POLISA (Si es diferente del paciente)

APELLIDO _____ NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____
 FECHA DE NACIMIENTO ___/___/___ SEX: M F SEGURO SOCIAL # _____
 EMPLEADOR _____ OCUPACION _____ TELEFONO DE TRABAJO _____
 DIRECCION _____ TELEFONO _____

POR FAVOR, COMPRUEBE SI LA VISITA DE LA OFICINA ES PARA LO SIGUIENTE :
 ACCIDENTE DE VEHÍCULO MOTORIZADO TRABAJADORES COMP NO APLICA

Póliza De Cancelacion De Citas

Querido Paciente,

Con el fin de darle el mejor cuidado posible, el tiempo ha sido específicamente reservado para su cita médica. En el caso de que no pueda mantener su hora programada, le pedimos que nos dé un aviso de cancelación de 24 horas o más.

Si no se presenta para una cita programada o no notifica a la oficina de una cancelación con al menos 24 horas de advertencia, nos reservamos el derecho de cobrar una cantidad de \$55.00.

Gracias por su comprensión y cooperación.

Imprimir el nombre del paciente

Firma del paciente o guardián

LAS RESPONSABILIDAD DE PAGOS (LEER ATENTAMENTE)

Entiendo que tengo una obligacion personal y primaria para pagar todos los servicios medico's cuando se presentan y estoy de acuerdo de pagar las facturas. Ademas, entiendo que, Montgomery Sports Medicine Center podran presentar una facture a mi compañia de seguros para el pago a los servicios que me dan. Que el servicio no me exime de las responsabilidad personal para aserguar que la compañia de seguros realizar el pago de acuerdo al termino de mi polisa. Soy consciente de que el pago de seguros y reembolso no podra cubrir el saldo total por los servicios medico que reciba. Estoy de acuerdo en pagar el dinero en mi cuenta, si asi lo estiman necesario. Ademas estoy de acuerdo de pago de intereses èn el saldo de mi cuenta pendiente si el balance se extiende mas alla de los treinta (30) dias siguientes. Estoy de acuerdo en pagar cualquier cargo adicional o costo incurido para cobrar los pagos de mi cuenta. Yo renuncio a mis derechos derivados de la ley de Maryland de la limitacion de la reconcilicion de mi cuenta sobresale de tres (3) años a partir de la fecha de servicios.

Por favor informar que hemos encontrado que la mayoria de las compañia de seguros tienen poco o ningun beneficio para equipo medico duradero (eslingas, rodillera, estetica, etc). Por lo tanto tenemos que obtener de usted la tarifa para el equipo en el momento del servicio. Los rodilleras hechas a medida son parcialmente cubiertos por los seguros. Nos prodermos en contacto con su seguro para verificar la cobertura. Gracias por su cooperacion. _____ (Iniciales)

Solicito que el pago directo de presentaciones medicas autorizadas (incluyendo Medicare, Medigap, beneficios medicos) hacerse por Eran Kessous, MD PC de cualquier servicio medico. Autorizo a cualquier poseedor de informacion medica sober mi divulgar esta informacion a mi compañia de seguros (o intermediaries) A la Health Care Financing Administration y su agents, a mis abogados, o a las oficinas de otros medicos. Tambien me permit una copia de esta autorizacion para ser utilizado en lugar de copia original. Estas asignacion se mentendra en efecto hasta que yo revoque por escrito esta autorizacion. Entiendo que debido a que estos servicios se relizaron para mis cargos legales financieramente responsable de todos los cambios sean o no pagados por la compañia de saguros.

Firma del Paciente/Responsable: _____ **Fecha:** _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS

Yo autorizo el pago directament a Montgomery Sports Medicine Center.

Se trata de una asignacion directa de mis derechos y beneficios bajo responsabilidad de pago.

Una fotocopia de esta asignacion se considerara tan efectiva y valida como el original.

INFORMACION

Toda la informacion proporcionada en este documento es verdadera y correcta.

Doy mi consentimiento para el tratamiento.

Y le doy permiso a Montgomery Sports Medicine Center para divulgar informacion, verbal y por escrito, que figura en mi expediente medico, y otra informacion, a mi compañia de seguros, una enfermera de rehabilitacion, encargado del caso, abogado, empresario, en la escuela professional de la salud relacionadas, cesionarias, o beneficiaries y todas las personas relacionadas en su relacion con mi tratamiento.

Yo autorizo Montgomery Sports Medicine Center para obtener los registros medicos o profesional de la informacion de mi medico y otros profesionales de la medicina el lo que respecta a mi tratamiento. Informacion sin indentificacion del paciente puede ser usada para fines de garantia de calidad.

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD (RECONOCIMIENTO FEDERAL DE HIPAA)

Doy mi consentimiento para el uso y la divulgacion de mi informacion personal de la salud a los efectos de tratamiento, pago y aperaciones de atencion medica. He leido anterior y comprendo la informacion proporcionada asignacion de beneficios, reconozco que recibido aviso de las practicas de privacidad HIPAA y pagos garantia.

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN: _____ **FECHA:** _____



Montgomery Sports Medicine Center

**REPRESENTANTE PERSONAL, FAMILIA, AMIGOS U OTROS
ENTIDADES DE PERMISO AUTORIZADO A LA INFORMACION
DE SALUD PROTEGIDA A SER UTILIZADO Y/O DIVULGADO**

Nombre de personas y/o entidades especificas que usted autoriza a usar y divulgar su informacion de salud protegida relacionado con el pago del tratamiento, la facturacion o de otras aplicaciones de cuidado de salud.

Nombre de la persona autorizado o entidad	Relacion	Numero de teléfono
---	----------	--------------------

Nombre de la persona autorizado o entidad	Relacion	Numero de teléfono
---	----------	--------------------

Medicos y personal de Montgomery Sports Medicine Center a menudo contacta los pacientes durante el horario normal, pero son incapaces de llegar ellos. Debido al mandato federal regla de privacidad HIPAA, debemos obtener su autorizacion para perseguir este modo de comunicacion. Informacion de salud protegida que puede ser posiblemente revelada en su casa, el trabajo, o teléfono celular incluiria, pero no se limita a: resultados de las pruebas de la laboratory, receta/informacion del Farmacia y cita instrucciones.

____(Inicial) Si, estoy de acuerdo para permitir que los medicos y personal de MSMC para dejar mensajes que incluyen informacion de salud protegida en los siguientes dispositivos de comunicacion:

Numero de casa _____ Numero de celular _____ Numero de trabajo _____

____(Inicial) No, yo no estoy de acuerdo para permitir que los medicos y personal de MSMC para dejar mensajes que incluyen informacion de salud protegida en los siguientes dispositivos de comunicacion.

Firma da paciente	Fecha
--------------------------	--------------

**MSMC SOLO PERSONAL
INCAPAZ DE OBTENER EL RECONOCIMIENTO DE POLITICAS DE HIPAA**

Trate de obtener una notificacion firmada de reconocimiento por parte del paciente, pero no pude por la siguiente razon:

MSMC Firma de empleado	Fecha
-------------------------------	--------------
