



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Motivo de la visita de hoy: Nuevo paciente / Seguimiento Fecha de Hoy: _____

Tipo de cirugía: _____ Fecha de la cirugía: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Número De Seguro Social: _____

Estado civil: Soltero(a) – Casado(a) – Viudo(a) – Divorciado(a) – Separado(a) Sexo: Macho / Hembra

Relativo más cercano que no vive con usted: _____ Teléfono: _____

Notificar en caso de emergencia: _____ Teléfono: _____

Seguro Primario: _____

Nombre del suscriptor: _____ Relación con el paciente: _____

Suscriptor Fecha de Nacimiento: _____ SS suscriptor #: _____

Número de Póliza: _____ Número de grupo: _____

Seguro Secundario: _____

Nombre del suscriptor: _____ Relación con el paciente: _____

Suscriptor Fecha de Nacimiento: _____ SS suscriptor #: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Empleo del paciente: _____ Teléfono: _____

Responsable del Bill: _____ Teléfono: _____

Email: _____



Nueva Consentimiento del Paciente para el uso y divulgación de la información sobre salud para tratamiento, pago, o las operaciones de atención médica:

Yo, _____, entiendo que como parte de mi salud, DFW Surgicalist Group PLLC origina y mantiene papel y / o registros electrónicos que describen mi historial médico, síntomas, exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para el plan de futuro para el tratamiento. Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento
- Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de salud que contribuyen a mi cuidado.
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta.
- Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios cobrados hayan sido proporcionados, y
- Una herramienta para operaciones de atención médica de rutina, tales como la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de los profesionales de la salud.

Entiendo y ha proporcionado un Aviso de prácticas de privacidad que proporciona una descripción más completas de información utiliza y revelaciones. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a revisar el Aviso antes de firmar este consentimiento.
- El derecho a oponerse al uso de mi información de salud para fines de directorio, y
- El derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de salud puede ser utilizada o revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Entiendo que DFW Surgicalist Group PLLC no está obligado a estar de acuerdo con las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, salvo en la medida en que la organización ya ha tomado acciones de seguridad que hay en. También entiendo que al negarse a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, esta organización puede negarse a un tratamiento según lo permitido será Sección 164.506 del Código de Regulaciones Federales.

Además, entiendo que DFW Surgicalist Group PLLC se reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas y antes de la ejecución, de conformidad con la Sección 164.520 del Código de Regulaciones Federales. En caso de DFW Surgicalist Group PLLC cambiar su aviso, le enviarán una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado.

Deseo tener las siguientes restricciones al uso o divulgación de mi información de salud:

Entiendo que como parte del tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud de esta organización, puede ser necesario revelar mi información de salud protegida a otra entidad, y doy mi consentimiento para la divulgación de estos usos permitidos, incluida la divulgación a través de fax.

Entiendo completamente y acepto los términos de este consentimiento.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



**DFW
SURGICALIST
GROUP**

Comunicaciones confidenciales Formulario de Solicitud

Yo, _____ (nombre), solicito la comunicación confidencial de mi información de salud cuando mi información de salud se da a conocer en mi nombre.

Por favor, use la siguiente dirección o manera en la divulgación de mi información de salud para mí. Por favor escriba cualquier y todas las personas que se nos permite divulgar su información médica.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



Política para la Colección de deducibles del paciente, coseguro y otros saldos de Pacientes

1. La práctica nunca renunciará a cualquier coseguro, la responsabilidad del paciente deducible u otro salvo por razones de dificultad financiera como se establece en la política de cuidados caritativos adjunto.
2. La práctica nunca renunciará a un proyecto de ley equilibrada, es decir, la diferencia entre la carga y el pago de los pacientes de la red de la práctica (en adelante, "Saldo Bill"), salvo por razones de dificultad financiera como se establece en la Caridad adjunto Cuidado política.
3. La práctica debe facturar inmediatamente a los pacientes para el coseguro, la responsabilidad del paciente deducible u otro en cuanto reciba la EOB u otra correspondencia del pagador que tal coseguro, deducibles u otra responsabilidad del paciente es pagadero por el paciente.
4. La práctica debe facturar a los pacientes para un proyecto de ley equilibrada después, pero no antes de la apelación de primer nivel para una mayor reembolso sea presentada por la Práctica. En algunos casos, la práctica debe facturar a los pacientes para un proyecto de ley equilibrada después de una apelación de segundo nivel es presentada por la Práctica.
5. Los pacientes de la práctica deberá firmar la recepción del Plan de Atención de Caridad de la Práctica, la cesión de Beneficios y formulario de consentimiento a los servicios de tiempo es primero debe hacerse por la Práctica.
6. La práctica entiende que el Estado y la ley federal requiere que el paciente se proporcionará una declaración Bill equilibrado.
7. La práctica se asegurará de que los pacientes a entender que ellos son responsables de los deducibles, coaseguros, el proyecto de ley equilibrada y cualquier otra responsabilidad del paciente designado por EOB del pagador.
8. Los pacientes deben devolver los cheques de reclamaciones enviadas al paciente de un plazo de 10 días desde la recepción de evitar colecciones.

Reconocimiento de Pacientes de la Política de la Conducta para la Recolección de deducibles del paciente, El coseguro y los otros saldos de Pacientes:

Yo, _____ (nombre del paciente), la presente reconozco que he recibido y entiendo la política de la Conducta para la Recolección de deducibles del paciente, coseguro y Otros balances.

Por: _____ (Paciente o tutor legal del paciente)

Reconocido en: _____ (Fecha)



Autorización de Pago Directo, Poder de Designación Fiscal, Designación de Autorizada y / o Convenio de Asignación de Representante

POR LO TANTO, soy un participante o beneficiario [marque uno u otro] de un plan de beneficios de atención de la salud (el "Plan") proporcionado por mi empleador _____ [especificar empleador];

POR LO TANTO, el Plan es administrado y / o asegurado por _____ [Especificar compañía de seguros] y otros fiduciarios;

Por tanto, yo estoy buscando los servicios de salud de _____ [especificar el proveedor de atención médica o entidad en cuyo nombre seguro de reclamo se presentará] ("Proveedor"), que creo que ser los servicios cubiertos por el Plan, y puedo buscar servicios adicionales del proveedor En el futuro;

POR LO TANTO, es mi intención tiene ningún beneficios adeudados a mí por el Plan paga directamente al proveedor, y para dar a los proveedores el derecho de presentar - en mi nombre - cualquier reclamo legal o equitativo que tengo en contra del Plan y / o sus fiduciarios relacionados de alguna manera a los beneficios que se adeudan a mí o pueden ser debidas a mí en el futuro con respecto a este tipo de servicios; y

POR LO TANTO, también es mi intención, como una base alternativa para tener beneficios adeudados a mí por el Plan paga directamente al proveedor y dando proveedor el derecho a interponer cualquier demanda legal o equitativo que tengo en contra del Plan y / o sus fiduciarios relacionada de cualquier forma de beneficios que se adeudan a mí o pueden ser debidas a mí en el futuro con respecto a este tipo de servicios, transferir, dar, y asignar mis beneficios bajo el Plan de Proveedores,

AHORA, POR TANTO:

A. Reconocimiento de la Responsabilidad del Paciente

Entiendo y reconozco que soy responsable de los cargos completos para los servicios de atención médica que recibo de Proveedor y se comprometo a pagar todos esos cargos que no son pagados por mi Plan. A cambio de proveedor de la prestación de servicios a mí ahora y en el futuro sin necesidad de pago de estos cargos por adelantado, y para el proveedor de haber acordado someter las solicitudes de prestaciones a mi plan, y porque Proveedor está en una mejor posición para presentar dichos reclamos que yo am, por la presente ejecutar la siguiente autorización, designaciones y / o asignación.

B. Autorización para recibir mis pagos de beneficios

Autorizo Proveedor a presentar reclamaciones por beneficios del Plan (cada una, una "Reclamación de Beneficios") directamente al Plan y / o sus fiduciarios y autorizo y dirijo el Plan y / o sus fiduciarios para pagar esos beneficios directamente al proveedor, y por este medio Proveedor designado como la persona con derecho a dichas prestaciones en virtud de la ley ERISA, 29 USC § 1002 (8), incluyendo todos los beneficios por pagar ahora o en el futuro por el Plan por los servicios cubiertos proporcionados por el proveedor;

C. Poder de Designación Fiscal

En la medida de surgir una controversia entre el proveedor y mi plan y / o sus fiduciarios relativos a una reclamación de beneficios o la manera en que las reclamaciones similares serán tratados por el Plan y / o sus fiduciarios ahora o en el futuro, es mi intención que el Plan y / o sus fiduciarios dan Proveedor de mi parte a todos los derechos a los que me lo contrario tendría derecho, y por lo tanto me nombren Proveedor como mi verdadero y legítimo apoderado hecho con el propósito de ejercer las siguientes facultades en mi nombre :

1. Para todos los actos necesarios para ejercer en recursos administrativos;
2. Para todos los actos necesarios para el propósito de la investigación, la presentación, la búsqueda y resolución de litigios en mi nombre (incluyendo, pero no limitado a seleccionar y retener a asesores legales) de cualquier y todos los reclamos legales y equitativas que podría traer sobre el Plan y / o sus fiduciarios. Tales reclamos legales y equitativas deben incluir, pero no limitarse a, cualquier reclamo (incluyendo el incumplimiento de las reclamaciones de derechos fiduciarios) que podría traer de conformidad con ERISA, 29 USC § § 1132 (a) (1), (a) (2) o (a) (3), otras disposiciones de ERISA que me concedan una causa de acción, otras leyes federales o estatales, o la ley común, e incluirán reclamaciones de clase en el que Proveedor sirve como representante de clase (en adelante, conjuntamente, "Causas de la Acción"). Si Proveedor trae tal acción, estoy de acuerdo en estar obligado por una determinación final de dicha acción de un tribunal o procedimiento reglamentario.
3. Iniciar sesión Su acuerdos de solución nombre, comunicados u otros documentos relativos a la liquidación de las Causas de Acción. Yo estoy de acuerdo en obligarse por cualquier acuerdo, compromiso o liberar alcanzado por el Proveedor en mi nombre y que cualquier documento ejecutado en relación con cualquier acuerdo tal, el compromiso o la liberación por el Proveedor en mi nombre, será obligatoria para mí.
4. Para reclamar en mi nombre cualquier beneficios, reembolsos, daños, recargos, o cualquier otro recurso aplicable, incluyendo multas o medidas cautelares, a la que tengo derecho en relación con las causas de la acción.
5. Por la presente confirmo y ratifico todas las acciones tomadas por mi abogado-de-hecho de conformidad con la facultad otorgada en el presente documento.

D. Designación de Representante Autorizado

En la medida en el poder de designación de abogado se describe en la sección C anterior se considerará sin efecto por cualquier razón, por la presente designo como mi proveedor de Representante Autorizado según lo dispuesto en la ley ERISA, 29 CFR § 2560.5031 (b) (4), a los efectos de ejercer las atribuciones que se describen en la Sección B o autorizados por la ley, lo que los poderes son mayores.

E. Asignación de Beneficios y Derechos Legales

En la medida o en el caso de que cualquier potencia (s) y / o derechos transmitidos por las secciones B, C, o D se consideran ineficaces o limitadas por cualquier motivo o de cualquier manera, por la presente transferencia, dar, ceder, y de otra manera transmitir al proveedor, para el bien y oneroso, el recibo y suficiencia se reconocen expresamente: (a) todos los de mi derecho, título e interés en los beneficios bajo el Plan por los servicios cubiertos que he recibido, y (b) todas las medidas legales y los derechos equitativos que tengo como participante o beneficiario del Plan, incluyendo, pero no limitado a, todos los derechos a: (i) presentar una reclamación de beneficios directamente al Plan y / o sus fiduciarios; (ii) recibir todos los beneficios en otro caso me bajo el Plan por los servicios cubiertos; y (iii) llevar a cualquier causa de acción contra el Plan o cualquiera de sus fiduciarios para obtener tales beneficios, para hacer cumplir las obligaciones fiduciarias que se me deben por el Plan y / o sus fiduciarios, o para obtener cualquier otro remedio legal o equitativo apropiada disponible bajo la Causa de Acción.

F. Agradecimientos

Al firmar este formulario, entiendo que el Proveedor no asume ninguna obligación o el deber de hacer valer los derechos transmitidos en este documento, y yo estoy de acuerdo en liberar a cualquier reclamación que podría haber en relación con el ejercicio del proveedor de dichos derechos o la decisión de no ejercer dichos derechos.

Si Proveedor inicia una demanda en mi contra para recoger cualquier saldo pendiente de pago adeudado por los servicios prestados a mí, todos los derechos y facultades transmitidas en este documento deberán quedar sin efecto y me retienen cualquier reclamación o defensas que de lo contrario puede tener en contra de proveedores.

Una fotocopia de este Acuerdo será tan efectiva y válida como el original.

Certifico que he leído y entiendo las declaraciones anteriores, que todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción, y que estoy de acuerdo con cada afirmación anterior.

Nombre de paciente

Número de Identificación de Seguros

Firma

Fecha

Tomador / Asegurado

Número de Identificación de Seguros

Firma

Fecha