

# Luna Spine and Orthopaedic Surgery

Mario E. Luna, MD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		PACIENTE FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN	
NOMBRE (Apellido, Nombre, Inicial media)		CONTACTO DE EMERGENCIA NOMBRE (Relación con paciente)	
DIRECCIÓN PRINCIPAL		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> OTROS
SSN#	NACIMIENTO O	SEX O	MÉDICO DE REFERENCIA o MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA
CORREO ELECTRÓNICO		DIRECCIÓN	
TELÉFONO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> OTROS	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
TELÉFONO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> OTROS	FARMACIA NOMBRE	
TELÉFONO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> OTROS	DIRECCIÓN	
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
PARTE RESPONSABLE/INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR (si es diferente al anterior)			
NOMBRE (Apellido, Nombre, Inicial media)		SSN#	NACIMIENTO O
DIRECCIÓN PRINCIPAL		SEGUNDO CONTACTO DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN (si procede)	
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA		RELACIÓN CON PACIENTE	
TELÉFONO		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	
SEGUROS PRIMARIOS			
NOMBRE DE COMPAÑÍA DE SEGUROS		# POLÍTICA	
NOMBRE DE MIEMBRO ASEGURADO	D. O. B.	GRUPO #	
DIRECCIÓN DE UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS		CO-PAGO IMP.	Deducible
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		FECHA EFECTIVA	FECHA DE CADUCIDAD
SEGURO SECUNDARIO (si procede)			
NOMBRE DE INURANCE COMPANY		# POLÍTICA	
NOMBRE DE MIEMBRO ASEGURADO		GRUPO #	
DIRECCIÓN DE UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS		CO-PAGO IMP.	Deducible
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		FECHA EFECTIVA	FECHA DE CADUCIDAD
FUENTE DE ENVÍO ( ¿Cómo se enteró de nuestra clínica?)			
<input type="checkbox"/> INTERNET / WEB <input type="checkbox"/> MIEMBRO DE LA FAMILIA <input type="checkbox"/> HOSPITAL <input type="checkbox"/> OTROS			
TRABAJOS RELACIONADOS CON LAS RECLAMACIONES POR LESIONES PERSONALES SÓLO			
FECHA DEL ACCIDENTE	PARTE DEL CUERPO	NOMBRE DEL EMPLEADOR	EMPLEADOR CONTACTO #
W/C NOMBRE INSURANCE CO.		RECLAMACIÓN No	No DE TELÉFONO

Asigno el seguro a la que tengo derecho, directamente a LUNA COLUMNNA Y cirugía ortopédica (LSOS labour service organisations), un grupo de médicos. Yo entiendo que soy responsable de Todos los cargos independientemente de verificación de seguros beneficios y elegibilidad, autorizar la entrega de información y los registros médicos sobre historia de la medicina que es solicitado por la compañía de seguros. Por la presente autorizo tratamiento por MARIO E. LUNA, M. D. Inc. UN phostat de esta autorización es aceptada con la misma autoridad que el original.

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR

FECHA

Este acuerdo tendrá validez desde este día en adelante a fin de incluir a todos los servicios relacionados con futuro el paciente anterior, o hasta que los cambios en la información anterior. El paciente tiene la responsabilidad de notificar a LSOS labour service organisations de cualquier cambio en la información.

## Historia Del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  De mano  Zurdos  
 SSN: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 remitido por: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Médico de Atención Primaria (si es diferente): \_\_\_\_\_  
 o: Dirección: \_\_\_\_\_

## Motivo de la visita

Queja Principal: Fecha de la lesión: Duración de los Síntomas: La ubicación del dolor: ¿dolor diseminado a otras área(s)? \_\_\_\_\_  
 Calidad del dolor:  Quemado  Calambres  Fuerte  Presión  Pines/agujas  
 Mate/ dolor  Otros: \_\_\_\_\_  
 ¿Qué hace que el dolor empeore? \_\_\_\_\_  
 Lo que hace que el dolor sea mejor? \_\_\_\_\_  
 Está limitado en el siguiente debido al dolor?  Trabajo  Tareas Domésticas  Recreación  
 Ejercicio  
 Compras  Otros: \_\_\_\_\_  
 ¿Qué tratamientos ha recibido?  Terapia Física  Terapia Piscina  Terapia Quiropráctica  
 Inyecciones de  Inyecciones de esteroides epidurales (    Acupuntura  
 Cirugía  Otros: \_\_\_\_\_

**Las pruebas anteriores (Por favor, indicar fecha aproximada y resultados):**

	<u>Prue</u> <u>ba</u>	<u>Fecha</u>		<u>Prue</u> <u>ba</u>	<u>Fecha</u>
Rayos X: _____		_____	CT: _____		_____
Otros: _____		_____	EMG: _____		_____
Otros: _____		_____	Otros: _____		_____
Otros: _____		_____	Otros: _____		_____

**Alergia al látex:** Sí  No

**Las alergias ( ¿es usted alérgico a cualquier a cualquier tipo de medicamentos o alimentos):** \_\_\_\_\_

**Los medicamentos actuales (o adjuntar lista):**

Nombre	Dosis	¿Con qué frecuencia?	Motivo de medicamentos?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**¿Está tomando un medicamento anticoagulante? (Ejemplos: Plavix, Coumadin, otros):** \_\_\_\_\_

**Historia de la Medicina (Seleccione una de las siguientes o la lista cualquier problema médico):**

<input type="checkbox"/> Diabetes (dependiente de la insulina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No)	<input type="checkbox"/> Problemas renales	<input type="checkbox"/> Colesterol alto
<input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/> Apagones/ Desmayos
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Corazón Stents	<input type="checkbox"/> Trastorno de sangrado
<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> RGE (reflujo ácido)
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Las alergias estacionales	<input type="checkbox"/> Gota
<input type="checkbox"/> Cáncer: _____		
<input type="checkbox"/> Otros: _____		

**Cirugías pasadas (lista fecha aproximada y el tipo de operación):**

Funcionamiento	Fecha	Funcionamiento	Fecha
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Historia Familiar (cualquier pariente de sangre ha tenido alguno de los siguientes)?**

<input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Ataques cardíacos	<input type="checkbox"/> Carrera	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Tendencia al	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Artritis y/o gota	<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/> Alcoholism
<input type="checkbox"/> Otros: _____				

**Antecedentes sociales:**

Trabajadores por Cuenta Ajena? ( ¿Qué tipo de trabajo) \_\_\_\_\_  Retirado ( ¿cuándo? ): \_\_\_\_\_  Alumno? \_\_\_\_\_

Desactivado?  Sí: ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez? \_\_\_\_\_

Estado:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudas

Situación en la que viven:  Solamente  Esposa  Niños  Padres  Otros: \_\_\_\_\_

Ejercicio:  Diario  1-3 veces por semana  4-6 veces por semana  Inactivo: \_\_\_\_\_

Interés especial o aficiones: \_\_\_\_\_

¿Bebe alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántos tragos por día? _____	¿Por Semana? _____	¿Cuánto tiempo? _____
¿Usted fuma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuánto por día? _____	¿Por Semana? _____	¿Cuánto tiempo? _____
Fumador anterior? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuánto por día? _____	¿Por Semana? _____	¿Cuánto tiempo? _____
Las drogas de la calle? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Contenido: _____		¿Cuánto tiempo? _____
Accidentes de Trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de la lesión: _____	Ubicación _____	

Si la respuesta es sí, por favor lista empleador y compañía de seguros:

Empleador: \_\_\_\_\_

Seguros: \_\_\_\_\_

¿Hay algún litigio pendiente:  Sí  No

Solicita prestaciones de invalidez:  Sí  No

## Revisión de los sistemas (ROS):

¿Es fácilmente está fatigado?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	¿Está expectorando sangre?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
¿Pérdida de peso inexplicable o ganancia?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	Eres incapaz de controlar la orina?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
¿Tienes fiebre?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	¿Nunca se pierde el control de los intestinos?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
¿Tienes escalofríos?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	¿Te sientes mal al estómago?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
¿Disminución del apetito?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	Tenía diarrea o estreñimiento recientemente?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
¿Tiene un ritmo cardíaco irregular?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	¿Se han sangre con las deposiciones?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
¿Has tenido un soplo cardíaco?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	¿Has tenido heces alquitranosas?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
¿Dificultad para hacer ejercicio debido a la debilidad?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	¿Ha tenido úlceras?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
¿Tiene dolores en el pecho?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	¿Has estado ictericia?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
¿Hinchan los tobillos constantemente?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	¿Has tenido cálculos biliares?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
¿Sientes que podría desmayarse o debil?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	¿Tienes o has tenido sangre en la orina?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
¿Tiene dolores de cabeza inusuales?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	Do you have difficulty moving any limb?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
¿Has tenido una convulsión?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	¿Tiene rigidez matutina?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha usted alguna vez estado paralizado?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	¿Tienes conjunta hinchazón, enrojecimiento o dolor?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
¿Te sientes dificultad para respirar?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	¿Es el peor dolor de noche o lo despierta?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
¿Tiene dificultad para respirar con el ejercicio?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO			

---

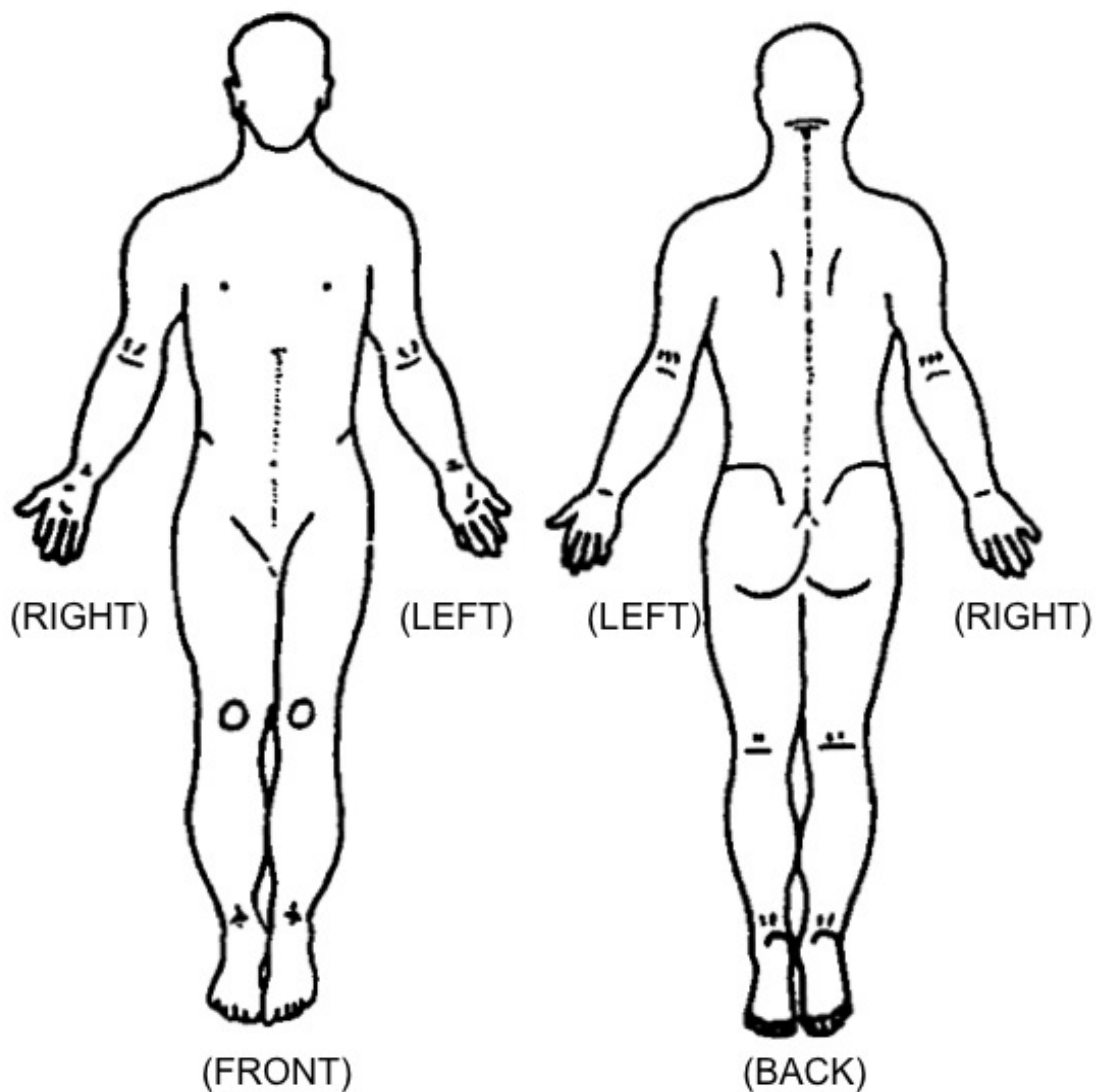
Firma del Paciente

---

Fecha de finalización

ESPECTÁCULO DE MARCADO Y DIBUJO EN LA PARTE TRASERA Y DELANTERA DE LAS CIFRAS POR DEBAJO DE LA QUE TIENE LA MAYORÍA DE SU DOLOR.

DOLOR	QUEMA	Entumecimiento	PIQUETES	PUÑALADAS
ΛΛΛΛ	XXXX	OOOO	====	////



**Escala de dolor (círculo)**

No hay dolor      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10      Peor dolor

## SOLICITUD DE REGISTROS MÉDICOS

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha(s) de Servicio Solicitado: \_\_\_\_\_

Médico o al Departamento solicitado: \_\_\_\_\_

*Autorizo la liberación de la siguiente información sobre la salud:*

- |                                       |                                                |                                             |                                       |
|---------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Consulta     | <input type="checkbox"/> Historia y Física     | <input type="checkbox"/> Informe de         | <input type="checkbox"/> Oficina Nota |
| <input type="checkbox"/> ER Informe   | <input type="checkbox"/> Informe de rayos X    | <input type="checkbox"/> Informe quirúrgico | <input type="checkbox"/> Otros :      |
| <input type="checkbox"/> La Enfermera | <input type="checkbox"/> Nota de evolución del | <input type="checkbox"/> De egreso          | <input type="checkbox"/> Otros :      |

**Plazo:** esta autorización es efectiva inmediatamente y permanecerá en vigor durante 1 año a menos que se especifique lo contrario. Entiendo que todas las solicitudes requieren registro mi autorización y que reciba una copia de la autorización previa solicitud.

Alternativa fecha de caducidad: \_\_\_\_\_ Copia de la autorización solicitada

A menos que usted firme aquí, ninguna información sobre alcoholismo y uso indebido de sustancias sicotrópicas, el VIH/SIDA o de salud mental será divulgada:

\_\_\_\_\_

Redisclosure: tengo entendido que una vez que mi médico revele mi información de la salud para el destinatario identificado a continuación, mi médico no puede garantizar que el destinatario no redisclose mi información de salud a un tercero. El tercero no puede ser obligado a acatar esta Autorización o estatales y federales aplicables ley que regule el uso y la divulgación de mi información de salud.

Negativa a firmar/derecho de revocar: entiendo que se me puede negarse a firmar o puede revocar, en cualquier momento) esta Autorización por cualquier motivo y que ese rechazo o revocación no afectará a la iniciación, continuación o calidad de mi tratamiento de mi proveedor de atención médica. La revocación será efectiva inmediatamente con mi proveedor de atención médica en dependencia de esta autorización antes de que el proveedor ha recibido mi escrito de revocación.

Tarifas: las leyes estatales y federales que la remuneración que se perciba por la copia de los registros de los pacientes. Entiendo que las tarifas aplicables para las copias de los registros deben ser pagados para los documentos se envían por correo o recoger.

Fotocopiadora: fotocopiadora, fax o copia electrónica de esta autorización será considerada tan eficaz y tan válida como el original.

### Por favor envíe los registros para:

\_\_\_\_\_  
Paciente Firma (o tutor legal si el paciente es menor de edad)      Nombre del médico/Nombre del Hospital / Otros

\_\_\_\_\_  
Fecha      Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código postal

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Número de Fax

**Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad**

He recibido una copia del Aviso actual de las prácticas de privacidad y comprender una corriente Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible en [www.mariolunamd.com](http://www.mariolunamd.com) oficina de información.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Relación al paciente si no es "Sí": \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones para comunicar información personal de salud (IPS)**

Por favor, indique cuál de los siguientes números y/o la dirección de correo electrónico que debemos utilizar para comunicarse con usted en relación con recordatorios de citas, resultados de laboratorio, etc. Sólo lista el número de teléfono o número que desea que le llamemos. Por favor, especifique si se puede dejar un mensaje de voz o con una persona designada.

- Casa** \_\_\_\_\_ Message: *Sí / No*
- Empleo** \_\_\_\_\_ Message: *Sí / No*
- Celular** \_\_\_\_\_ Message: *Sí / No*
- Otro** \_\_\_\_\_ Message: *Sí / No*
- Email** \_\_\_\_\_ Message: *Sí / No*

Mi IPS se puede comunicar a:

No comunicar mis IPS:

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

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

Iniciales: \_\_\_\_\_

**Uso de la Oficina solamente**

He intentado obtener la firma de acuse de recibo de la Notificación de Privacidad Las prácticas, pero no pudo hacerlo como se detalla abajo.

Fecha: \_\_\_\_\_

Razón: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Iniciales de empleados: \_\_\_\_\_

## COBERTURA MÉDICA

### Responsabilidad Financiera

- Facturación de seguros por *Luna Spine and Orthopaedic Surgery* se proporciona como una cortesía.
- Los cargos no cubiertos por prestaciones de salud son responsabilidad del paciente.
- Es mi responsabilidad de notificar a la oficina de cualquier cambio en mi cobertura de salud.
- En algunos casos, las prestaciones del seguro exacta no puede ser determinada hasta que la compañía de seguros reciba la solicitud.
- YO soy el responsable de la factura en totalidad, o el balance de la cuenta, según lo determinado por la oficina y / o mi seguro de salud si las reclamaciones presentadas o cualquier parte de ellos se les niega el pago.

### Autorización de publicación de información

Yo autorizo la divulgación de información médica o cualquier otro tipo de información a la Financiamiento de Servicios de Salud, mi compañía de seguro(s) o otra entidad necesaria para determinar las prestaciones de seguro o el pago de las prestaciones de servicios médicos relacionados con y/o suministros que me han proporcionado por *Luna Spine and Orthopaedic Surgery*. Una copia de esta autorización será enviada a la Dirección de Financiamiento de Servicios de Salud, mi compañía de seguro(s), o otras entidades médicos, si la solicita. La autorización original se guardará en el archivo.

Mi seguro sigue siendo el mismo desde mi última visita.  Sí  No

O

Mi nuevo seguro es: \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_

Nuevo grupo de médicos: \_\_\_\_\_

Entiendo que al firmar este formulario, yo asumo responsabilidad financiera como se explicó más arriba de todos los pagos por concepto de servicios médicos y/o suministros recibidos.

---

Paciente/Asegurado Nombre (en letra de imprenta)

---

Paciente/Firma del Asegurado

---

Fecha



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PROGRAMA ePRESCRIBE

Programa ePrescribe

Prescripción electrónica es un proceso para que los médicos puedan enviar electrónicamente una forma exacta, libre de errores, y comprensible receta de la oficina del médico a la farmacia. La ePrescribe programa también incluye:

- Formulario y beneficio las transacciones - Le da al médico información sobre los fármacos que están cubiertos por su plan de beneficios de medicamentos.
• Llenar notificación de estado - Permite que el proveedor de atención médica para que reciba un aviso electrónico de la farmacia diciéndoles que si su receta ha sido recogida, no recogida, o parcialmente llenos.
• Historial de medicación transacciones - Proporciona el proveedor de atención de salud con información su recetas actuales y pasados. Esto permite que los proveedores de atención de la salud puedan estar mejor informados acerca de los posibles problemas y medicación para utilizar esa información para mejorar la seguridad y la calidad. Datos de la historia medicación puede indicar: el cumplimiento de los regímenes prescritos; intervenciones terapéuticas. Fármaco-fármaco y fármaco-alergia las interacciones; reacciones adversas a medicamentos; terapia y duplicación.

El historial de medicación información incluye los medicamentos prescritos por el médico en el Luna La Columna y cirugía ortopédica, así como de otros profesionales de la salud que intervienen en su atención, y que incluyen información confidencial incluyendo, pero no limitado a, los medicamentos relacionados con la salud mental, las enfermedades venéreas y las enfermedades de transmisión sexual, el aborto(s), la violación o asalto sexual, sustancia (drogas y alcohol) el uso indebido, el tratamiento de las enfermedades genéticas, y el VIH/SIDA. Como parte de este Formulario de Consentimiento, usted consiente expresamente a la publicación de este y otros información sanitaria sensible.

Consentimiento

Mediante la firma de este formulario de consentimiento significa que usted está de acuerdo que el proveedor en el Luna La Columna y cirugía ortopédica puede solicitar / enviar y utilizar el medicamento de venta con receta historia de otros proveedores de servicios de salud y/o terceros pagadores beneficios de farmacia para su tratamiento.

Usted puede decidir no firmar este formulario. Su elección no afectará a su capacidad para recibir atención médica, el pago de su atención médica, o su atención médica. La decisión de dar o denegar el consentimiento puede no ser la base de la denegación de los servicios de salud. Usted también tiene el derecho a recibir una copia de este formulario una vez que haya firmado.

Este formulario de consentimiento, seguirá en vigor hasta el día que usted revoque su consentimiento. Usted puede revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito, pero si lo hace, no tendrá un efecto sobre las acciones adoptadas antes de recibir la revocación.

Comprender todo lo anterior, me queda entregar el consentimiento informado a Luna Columna y cirugía ortopédica para inscribirse en este Programa ePrescribe. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

Imprima Nombre del Paciente Fecha De Nac.
Firma del paciente o jurisprudencia Fecha de Hoy
Relación del paciente

## Política financiera

Esta es una declaración que \_\_\_\_\_ reconoce entiendo que estás obligado a asegurar que *Práctica Ortopédica de Luna Spine* son pagos en su totalidad. *Práctica Ortopédica de Luna Spine* personal puede verificar su cobertura en el momento de su visita e informarle si es o no el Dr. Mario Luna "Dentro de la red o fuera de la red" con su plan en particular y luego cobrar su compañía de seguros en su nombre como una cortesía. Sin embargo, usted es responsable en última instancia para el pago de su factura. Mediante la firma de este acuerdo usted acepta que será responsable y pagar cualquier deducibles, co-pagos, co-seguros y según lo determine su plan de seguro de gastos de su bolsillo o fuera de la red. Esto incluye y negaciones para "No son médicamente necesarios" y "Diagnóstico no cumple cobertura médica" negaciones puede recibir en su explicación de beneficios (EOB).

\_\_\_\_\_(Paciente o garante inicial)

Usted está de acuerdo en que muchas compañías de seguros tienen requisitos adicionales o disposiciones que puedan afectar su cobertura; es tu responsabilidad de entender estas estipulaciones por ponerse en contacto con su aseguradora y recibir el reconocimiento de estas disposiciones posible

\_\_\_\_\_(Paciente o garante inicial)

Usted está de acuerdo que todos oficina visita copagos siempre vencen en el momento de la visita "sin expectativas" y puede ser pagados en efectivo, cheque o tarjeta de crédito.

\_\_\_\_\_(Paciente o garante inicial)

Está de acuerdo en hay un treinta o cuota de sesenta dólares (\$30 o \$60) para citas no mantuvo sin una notificación de veinticuatro 24 horas.

\_\_\_\_\_(Paciente o garante inicial)

Usted está de acuerdo en que usted es responsable de verificar para asegurarse de que el Hospital potencial o centro de cirugía ambulatoria (ASC) para cualquier procedimiento de cirugía a realizarse fuera de *Práctica ortopédica de la espina dorsal de Luna* es cubierto con su compañía de seguro o plan, como gastos de en-o-Out de red y deducibles o de bolsillo adicional que pueden ser aplicado.

\_\_\_\_\_(Paciente o garante inicial)

### AGRADECIMIENTOS:

He leído y entiendo la política financiera descrita anteriormente. Estoy de acuerdo en pagar, puntualmente y en su totalidad, cualquier otra cantidad debida al proveedor, incluyendo los copagos, deducibles y sumas adeudadas no cubiertos o servicios que no es pagaderas por mi seguro.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Usar si el paciente es menor de edad o si no tiene un representante autorizado).

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Representante autorizado para la *Práctica Ortopédica de Luna Spine*.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_