



Formulario para la Visita Actual/Seguro del Paciente

Fecha _____

Nombre del Paciente: _____

Dirección: _____ Apellido _____ Ciudad: _____ Nombre(s) _____ Estado: _____ Código Postal: _____

No. de Teléfono de la Casa: _____ No. de Teléfono Celular: _____ No. de Teléfono del Trabajo: _____ Extensión _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino No. de Seguro Social: _____

Email: _____ Medio de Contacto Preferido: Hogar Teléfono Tel. Celular Email

No. de Licencia de Manejar: _____ Empleador (Patrón): _____

No. de Teléfono del Trabajo: _____

Dirección del Empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Con quién podemos comunicarnos en Caso de Emergencia? Nombre completo: _____

Parentesco con el paciente: _____ No. de Teléfono Primario: _____

No. de Teléfono Secundario: _____

Doctor que lo refiere: _____ No. de Teléfono del Doctor: _____

Colección política: Todos los pagos vencen al tiempo de servicios prestados. Esta práctica tiene la obligación legal de las compañías de seguros que nos estamos contratados con recoger los copagos, coseguros y deducibles en el momento del servicio. Al llegar a un equilibrio sin pago de 90 días, se lo transfiere a un tercero para otras colecciones u otras acciones. Habrá un cargo por llenar formularios que requieren más de una firma y \$20,00 por escribir cartas cada vez que estos servicios son proporcionados.

Cancelar/Rescheduling una cita: Si usted es incapaz de mantener su cita, por favor notifique a nuestra oficina al menos veinticuatro horas por adelantado para cancelar o reprogramar su cita. Su cortesía permitirá que otros pacientes que necesitan exámenes de la opción de utilizar su tiempo de la cita programada. Los pacientes se cobrará \$25 para las citas perdidas a menos que la cita fue cancelada 24 o más horas de anticipación. Los pacientes de compensación del trabajador será personalmente responsables por este monto.

¿Qué pasa si mi hijo necesita ver al médico: un padre o tutor legal debe acompañar a pacientes menores en todas las visitas de oficina. Este acompañamiento adulto es responsable del pago de la cuenta.

_____ Iniciales del paciente

Compañía de Seguros Primaria: _____ No. de Teléfono: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

No. de Seguro Social: _____

Parentesco del Paciente con el Asegurado: _____

No. de Identificación de la Compañía de Seguros: _____ Grupo No. _____

***Compañía de Seguros Secundaria:** _____ No. de Teléfono: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

No. de Seguro Social: _____

Parentesco del Paciente con el Asegurado: _____

No. de Identificación de la Compañía de Seguros: _____ Grupo No. _____



*Orthopaedic Surgery
& Sports Medicine*
OF SAN ANTONIO

Consentimiento para Propósitos de Tratamiento, Pago, Operaciones del Cuidado de la Salud y Aviso de Prácticas de Confidencialidad

Doy mi consentimiento para que Orthopaedic Surgery & Sports Medicine of San Antonio, que en adelante llamaremos "OSSMSA", utilice y divulgue información de salud protegida mía, para propósitos de diagnóstico, tratamiento, obtención de pago de mis cuentas (facturas), u operaciones del cuidado de la salud realizadas por OSSMSA. Entiendo que diagnóstico o tratamiento de mí por Andrew L. Whaley, M.D., Krista A. Chapman, PA-C u otros proveedores que son empleados o en contacto con OSSMSA puede estar condicionada al mi consentimiento como evidencia de mi firma en este documento. Entiendo que Andrew L. Whaley, M.D., Krista A. Chapman, PA-C u otros proveedores que son empleados o contratados con OSSMSA puede proporcionar atención a mí en instalaciones en las que pueden tener un interés financiero

Entiendo que tengo derecho de solicitar una restricción en cuanto a cómo se use o se divulgue mi información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos, o las políticas relacionadas con operaciones del cuidado de la salud. A OSSMSA no se le exige que convenga con las restricciones que yo pudiera solicitar. Sin embargo, si OSSMSA conviene con alguna de las restricciones que yo solicite, la restricción es responsabilidad de OSSMSA y de _____.

(Escriba su nombre completo aquí)

Tengo derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, en la medida en que el doctor **Andrew L. Whaley, M.D., Krista A. Chapman, PA-C.**, o OSSMSA hayan emprendido acción basado en la seguridad del consentimiento.

Mi "Información de Salud Protegida" significa información médica, incluyendo mi información demográfica proporcionada por mí, creada o recibida de mi médico, de otro proveedor de servicios de salud, de un plan médico, de mi empleador, o de algún centro de intercambio de información de salud. Esta información de salud protegida que se relacione con mi salud física o mental o padecimiento pasado, presente o futuro, que me identifica o que existe una base razonable para creer que la información pudiera identificarme.

Antes de firmar este documento entiendo que tengo derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Confidencialidad de OSSMSA que me ha sido proporcionado. El Aviso de Prácticas de Confidencialidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que ocurrirán durante mi tratamiento, pago de mis cuentas, o durante el desempeño de operaciones del cuidado de la salud realizadas por OSSMSA. Además, este Aviso de Prácticas de Confidencialidad de OSSMSA está disponible en la recepción de cada clínica y en el sitio Web de OSSMSA www.ossmsa.com. Este Aviso de Prácticas de Confidencialidad también explica mis derechos y las obligaciones de OSSMSA respecto a mi información de salud protegida.

OSSMSA se reserva el derecho de modificar las prácticas de confidencialidad descritas en el Aviso de Prácticas de Confidencialidad. Puedo obtener un Aviso Revisado de las Prácticas de Confidencialidad visitando el sitio Web de OSSMSA, llamando al consultorio, o solicitando que se me envíe una copia revisada por correo o recibéndola personalmente el día de mi próxima cita.

Firma del paciente o del representante personal

Nombre del paciente o del representante personal

Fecha

Descripción de la autoridad del representante personal



CUESTIONARIO DE ACCIDENTE, LESIÓN

Por favor complete la información para ayudarnos a procesar su reclamo por consiguiente y firme abajo abajo.

¿Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ No. de Seguro Social: _____

1. Es su visita relacionada a un accidente o lesión?
 Sí No

2. ¿A fue su lesión relacionada con un accidente de automóvil?
 Sí; Fecha del accidente: ____ / ____ / ____ No

b. ¿If sí a la pregunta anterior, fue otra persona responsable de este accidente?
 Si No

3. ¿Fue su enfermedad/lesión debido a un trabajo relacionados con el accidente o condición?
 Sí; Fecha de la lesión/enfermedad: ____ / ____ / ____ No

4. ¿r. Es su visita relacionada con cualquier otro tipo de lesión/accidente?
 Sí; Lugar del accidente: ____ No

b. ¿If sí a la pregunta anterior, fue otra persona responsable de este accidente?
 Si No

Si es sí a cualquiera de los anteriores, por favor proporcione un breve resumen de los detalles de la enfermedad/lesión/accidente:

Firma del paciente: _____