

HILLSIDE POLYMEDIC DIAGNOSTIC & TREATMENT CENTER
Patient Intake Form (Spanish)

Fecha: _____

Información del paciente :

Nombre: _____ M.I. ____ Apellido: _____
Dirección: _____ Apt. No. _____
Ciudad _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____
Correo electrónico: _____ SSN: _____
Fecha de nacimiento (00/00/0000): _____
Sexo : Masculino Femenino Otro

Estado civil : Soltero Casado Divorciado Anulado Pareja doméstica Viudo

Raza : Blanca **Etnia:** Hispano / Latino
 Negro / afroamericano No hispano / latino
 Asiático Rechazado para especificar
 Nativo de Hawai / Otro isleño del Pacífico Ninguno
 Otro: _____
 Se negó a especificar / No sabe n propia

Idioma principal : _____ **Idioma secundario :** _____

Necesidades de comunicación : Ninguno Sordo Mudo Ciego No verbal

Contacto de emergencia :

Nombre: _____ Número de contacto: _____
Relación: _____

Información de farmacia :

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono de la farmacia: _____
Dirección de farmacia: _____

Información de Empleo:

Empleador: _____ Ocupación: _____
Dirección: _____ Tel: _____

Estudiante: Tiempo completo Tiempo parcial No estudiante

Información del seguro:

Compañía de seguros primaria: _____
Número de identificación del seguro: _____ Grupo / Plan: _____
Nombre del asegurado: _____
Fecha de nacimiento asegurada: _____

Compañía de seguros secundaria: _____
Número de identificación del seguro: _____ Grupo / Plan: _____
Nombre del asegurado: _____
Fecha de nacimiento asegurada: _____

**187-30 Hillside Avenue, Jamaica, NY 11432
Tel: 718-264-1111 Fax: 718-264-9125**

POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y NO SHOW

Entendemos que pueden surgir situaciones en las que debe cancelar su cita. Por lo tanto, se le solicita que, si debe cancelar su cita, nos proporcione un aviso con 24 horas de anticipación: esto permitirá que otra persona que esté esperando una cita sea programada en el espacio para citas. Con las cancelaciones hechas con menos de 24 horas de anticipación, no podemos ofrecer ese espacio a otras personas. A continuación se muestra nuestra política para citas no cumplidas:

Para citas canceladas más de 24 horas antes de la hora programada: **SIN CARGO**

Para citas canceladas menos de 24 horas antes de la hora programada: **\$ 25.00**

Para aquellos que no se presentan a sus citas y no tienen cáncer: **\$ 25.00**

Para pacientes que llaman menos de 5-6 horas antes de la hora programada: **\$ 25.00**

PARA PACIENTES QUE DEBEN CARGOS DE CANCELACIÓN Y / O NO SHOW SE REQUERIRÁ PAGAR LA TARIFA DE NO SHOW / CANCELLATION ANTES DE SER VISTO DE NUEVO.

Cargos que MANTIENEN DELI N Quent ÚLTIMO serán enviados a colección.

Los cancelación y n - honorarios Mostrar son de exclusiva responsabilidad del paciente y deben ser pagados en su totalidad antes de la próxima cita del paciente. Entendemos que ciertas circunstancias inevitables especiales pueden hacer que cancele en menos de 24 horas. Las tarifas en este caso pueden eximirse, pero solo con la aprobación de la gerencia. Nuestra práctica cree firmemente que una buena relación médico-paciente se basa en la comprensión y la buena comunicación. Las preguntas sobre cancelaciones y tarifas de no presentación deben dirigirse al Departamento de facturación al 718-264-1111.

Firme que leyó, entendió y aceptó esta Política de cancelación y no presentación.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente o representante del paciente: _____

Fecha: _____

Hillside Polymedic Diagnostic and Treatment Center

POLÍTICA FINANCIERA

Hillside Polymedic D & TC quiere proporcionar a la comunidad servicios de atención médica y, al mismo tiempo, mantener los costos bajo control. Para hacer esto, necesitamos su ayuda. Le pedimos que lea nuestra política de pago que se detalla a continuación :

- **Su factura se basa en los servicios que recibe. Usted es responsable de pagar la factura si su compañía de seguros no cubre todos los costos.**
- **Lo que cubre su seguro de salud se basa en un acuerdo entre la compañía o la persona que lo emplea y la compañía de seguros.**
- **Debe comunicarse con su compañía de seguros si tiene alguna pregunta sobre lo que cubrirán.**
- **Sabemos que los problemas financieros temporales a veces pueden impedir que realice un pago a tiempo en su cuenta. Si esto sucede, debe comunicarse con nosotros al 718-264-1111 de inmediato para que podamos ayudarlo con este problema. Hillside Polymedic D & TC ayudarán a usted a organizar un plan de pago. Si es necesario, lo ayudaremos a solicitar asistencia médica.**

SI NO TIENE SEGURO MÉDICO

Tu responsabilidad

- Debe pagar su factura completa al momento del servicio o informarnos de su incapacidad para pagar.

Nuestra responsabilidad

- Hillside Polymedic D & TC le proporcionará los servicios que necesita, incluso si no puede pagar. No podremos proporcionar servicios si puede pagar, pero elige no pagar.
- Estamos dispuestos a hablar con usted sobre formas de pago, si no puede pagar el monto total.

SI TIENE SEGURO DE SALUD

Participamos con muchas compañías de seguros. Esto significa que hemos firmado un contrato con ellos para brindar atención a las personas que cubren. Los contratos no son todos iguales, y ciertos servicios pueden no estar cubiertos dependiendo de los beneficios de salud de sus empleados.

SI NOS HACEMOS participar en su plan de seguro médico (incluyendo Medicare)

Tu responsabilidad

- Debe pagar cualquier copago al momento de recibir el servicio.
- Debe pagar cualquier cantidad deducible o cualquier cantidad que sepa que no está cubierta al momento del servicio

- Debe pagar el monto no pagado por su seguro dentro de los 18 días posteriores a la recepción de su factura, excepto aquellos de quienes Hillside Polymedic D & TC no puede cobrar por ley o acuerdo. Si no paga, comenzaremos los esfuerzos de cobranza.

Nuestra responsabilidad

- Le enviaremos una factura a su compañía de seguros por todos los servicios prestados en nuestras oficinas.

SI NO PARTICIPAMOS EN SU PLAN DE SEGURO

Tu responsabilidad

- Debe pagar los servicios en el momento en que se brindan. Para simplificar, nuestra oficina acepta efectivo, tarjeta flexible del seguro (Visa, Mastercard y Discover)

Nuestra responsabilidad

- Después de que nos haya pagado, le enviaremos su factura a su compañía de seguros. Su compañía de seguros le pagará.

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

El paciente que recibe atención y tratamiento de Hillside Polymedic D & TC debe pagar los cargos que el seguro o cualquier otra parte no pague.

Otros proveedores, como radiografías, laboratorio, facturarán al paciente por separado.

El paciente debe pagar cualquier cantidad no pagada por el seguro dentro de los dieciocho (18) días posteriores a la recepción de la factura. Si Hillside Polymedic D & TC necesita utilizar una agencia de cobranza o un abogado para cobrar el monto impago, la agencia o el abogado pueden cobrarle al paciente todos los honorarios y costos a Hillside Polymedic D & TC.

Firme que ha leído, entendido y aceptado nuestra Política financiera.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente o representante del paciente: _____

Fecha: _____

CUENTA MÉDICA SORPRESA FUERA DE LA RED DEL ESTADO DE NUEVA YORK
FORMULARIO DE ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Use este formulario si recibe una factura sorpresa por servicios de atención médica y desea que los servicios se traten como dentro de la red. Para usar este formulario, debe: (1) completarlo y firmarlo; (2) envíe una copia a su proveedor de atención médica (incluya una copia de la factura o facturas); y (3) envíe una copia a su asegurador (incluya una copia de la factura o facturas). Si usted no sabe si se trata de un proyecto de ley sorpresa, póngase en contacto con el Departamento de Servicios Financieros de la t 1-800-342-3736.

Una factura sorpresa es cuando :

1. Recibió servicios de un médico no participante en un hospital participante o centro quirúrgico ambulatorio, donde no había un médico participante disponible; o un médico no participante proporcionó servicios sin su conocimiento; o circunstancias médicas imprevistas surgieron en el momento en que se prestaron los servicios. No eligió recibir servicios de un médico no participante en lugar de un médico participante disponible ; **O**

 2. **Un médico participante lo recomendó a un proveedor no participante, pero no firmó un consentimiento por escrito de que sabía que los servicios estarían fuera de la red y que generarían costos no cubiertos por su asegurador. Se produce una referencia: (1) durante una visita con su médico participante, un proveedor no participante lo trata; o (2) su médico participante toma una muestra de usted en la oficina y la envía a un laboratorio o patólogo no participante; o (3) para un Y otros servicios de atención médica cuando se requieren referencias de su plan.**
-

Asigno mis derechos de pago a mi proveedor y certifico a mi leal saber y entender que:

Yo (o mi dependiente) recibí una factura sorpresa de un proveedor de atención médica. Quiero que el proveedor solicite el pago de esta factura a mi compañía de seguros (esta es una "asignación"). Quiero que mi aseguradora de salud pague al proveedor por los servicios de atención médica que yo o mi dependiente recibimos que están cubiertos por mi seguro de salud . Con mi asignación, el proveedor no puede solicitar el pago de mí, a excepción de cualquier copago, coseguro o deducible que se deba si yo o mi dependiente utilizamos un proveedor participante. Si alguna aseguradora me pagó por los servicios, acepto enviar el pago a mi proveedor.

Su nombre: _____

Su dirección: _____

Nombre de la aseguradora: _____

Su número de identificación del seguro: _____

Nombre del proveedor: _____ **Proveedor Tel. No .:** _____

Dirección del proveedor: _____

Fecha de servicio: _____

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, u oculte con el propósito de inducir a error, información sobre cualquier material de hecho, comete un acto de seguro fraudulento , que es un delito, y también estará sujeto a una multa civil que no excederá de cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada violación.

(Firma del paciente)

(Fecha de firma)

HILLSIDE POLYMEDIC DIAGNOSTIC & TREATMENT CENTER
187-30 Hillside Avenue, Jamaica, NY 11432
Tel: 718-264-1111 Fax: 718-264-9125

Consentimiento para el uso y divulgación de información de salud
Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

Creo que la información de su seguro de salud es personal. Mantengo registros de la atención y los servicios que recibe en mi oficina. Estoy comprometido a mantener su información privada y la ley también me exige que respete su confidencialidad. Usaré su información que ha proporcionado para los siguientes propósitos:

- Para proporcionar los mejores tratamientos posibles que necesita.
- Para solicitar pagos a sus aseguradoras.
- Para contactarlo con respecto a sus citas y la coordinación de citas con otros proveedores de salud.

SECCIÓN A: CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nombre: _____

Habla a: _____

Teléfono no.: _____

SECCIÓN B: AL PACIENTE, LEA DETENIDAMENTE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES:

Propósito del consentimiento B: Al firmar este formulario, usted autorizará mi uso y divulgación de su información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Aviso de prácticas de privacidad: tiene derecho a leer el Aviso de prácticas de privacidad antes de decidir si firma el consentimiento. Nuestro aviso proporciona una descripción del tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información médica protegida. Le animo a leerlo detenidamente y completamente antes de firmar este consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar las prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, emitiremos un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado, que contendrá los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquiera de su información de salud protegida que mantenemos.

Puede obtener una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, incluidas las revisiones de nuestro aviso, en cualquier momento poniéndose en contacto con nosotros en la dirección anterior.

Derechos de revocación: tendrá derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento enviándonos un aviso por escrito de su revocación enviada a la dirección anterior. Por favor, comprenda que la revocación

del consentimiento no afectará ninguna acción que tomamos en dependencia de este consentimiento antes de recibir su revocación, y que podemos negarnos a tratarlo o continuar tratándolo si revoca este consentimiento.

Yo, _____ (apellido, nombre) he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y su divulgación de mi información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Fecha de firma: _____

Si un representante personal en nombre del paciente firma este consentimiento, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación con el paciente: _____