

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Sufijo:
Número de seguridad social:	Fecha de nacimiento:	Género:	Estatura: Peso:
Dirección:			Idioma preferido:
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Número de teléfono primario:	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	¿Podemos enviar mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Número de teléfono secundario:	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	¿Podemos enviar mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Correo electrónico:	Permito que Transcend O&P me contacte entre el correo electrónico que ha proporcionado. Entiendo que alguna información de salud protegida (PHI-Protected Health Information) podría ser compartido en esos correos electrónicos, y entiendo que el correo electrónico no es considera un método seguro para transmitir esta información: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Inicial _____		

INFORMACIÓN DEL CONTACTO

Parte Responsable	Apellido:	Nombre:	Relación con el paciente:		
	<input type="checkbox"/> Comprobar si es lo mismo que el paciente	Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
	Número de teléfono primario:	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	Correo electrónico:		
Contacto de emergencia	Apellido:	Nombre:	Relación con el paciente:		
	<input type="checkbox"/> Comprobar si es lo mismo que el paciente	Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
	Número de teléfono primario:	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	Correo electrónico:		

INFORMACIÓN DE LA CLÍNICA Y INFORMACIÓN DE LA REFERENCIA

Diagnostico:	¿Es el paciente diabético? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene receta hoy? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quien se refiere: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta/terapeuta ocupacional <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Otro:	Médico familiar:	Fecha de cita: (mes/año)
Médico que refiere y clínica:	Número de teléfono:	Fecha de cita: (mes/año)
Fisioterapeuta/terapeuta ocupacional y la clínica:	Número de teléfono:	Fecha de cita: (mes/año)

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Compañía del seguro principal	Compañía:	<input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Compensación del trabajador
	Póliza:	Número de grupo: <input type="checkbox"/> Otro:
	Nombre del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento: Número de seguridad social:
	Relación con el paciente:	Lugar del trabajo:
Compañía del seguro secundario	Compañía:	<input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Compensación del trabajador
	Póliza:	Número de grupo: <input type="checkbox"/> Otro:
	Nombre del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento: Número de seguridad social:
	Relación con el paciente:	Lugar del trabajo:
Compañía del seguro terciario	Compañía:	<input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Compensación del trabajador
	Póliza:	Número de grupo: <input type="checkbox"/> Otro:
	Nombre del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento: Número de seguridad social:
	Relación con el paciente:	Lugar del trabajo:

» Asignación de Beneficios y Acceso a la Información

Yo autorizo el acceso a cualquier información médica necesaria para procesar todos los reclamos por medio de Transcend Orthotics & Prosthetics.

Por este medio autorizo a mi compañía del seguro, que haga los pagos directamente a Transcend Orthotics & Prosthetics para servicios ortopédicos-prostéticos y equipo médico durable y provisiones. Si los pagos de los beneficios del seguro se hacen directamente al paciente, el beneficiario lo endorsará y remitirá los a Transcend Orthotics & Prosthetics.

» Asignación de Beneficios de Medicare

Certifico que la información dada por mí en la aplicación del pago bajo el título XVII del Acta del Seguro Social es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados sea hecho en representación mía. Asigno los beneficios pagaderos cubiertos por los servicios del seguro a la organización que provea los servicios y autorizo a dicha organización a enviar un reclamo a Medicare para pago.

» ¡POR FAVOR LEA!

Entiendo que Transcend Orthotics & Prosthetics está actuando solamente como un agente designado para presentar beneficios del seguro; por lo tanto, Transcend Orthotics & Prosthetics no asume ninguna responsabilidad de garantizar el pago de los cargos cubiertos. Entiendo que yo soy completamente responsable de todos los deducibles, co-aseguranzas y las renuncias a reclamaciones. Yo reconozco y afirmo mi obligación de pagar a Transcend Orthotics & Prosthetics el total de todos los cargos incurridos, y ésta obligación no es de ninguna manera dependiente de reembolso bajo ningún plan del seguro médico. Cualquier arreglo a través del cual los pagos sean hechos directamente a Transcend Orthotics & Prosthetics por medio de cualquier plan del seguros no afectará mi obligación de pagar el saldo restante. Yo entiendo que soy responsable por todos los cargos de colección, incluyendo gastos de agencias de colección, cargos de abogados, y costos de corte asociados con cargos de colección de cualquier cantidad adeudada con retraso a Transcend Orthotics & Prosthetics.

» Devoluciones y Ajustes

Se me ha ofrecido una copia de las Pólizas de Devolución y Ajustes de Transcend Orthotics & Prosthetics entiendo y estoy de acuerdo con estos términos y condiciones.

» Acta de Portabilidad y Responsabilidad de los Servicios de Salud (HIPAA-HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT)

Yo certifico que se me ha ofrecido una copia del Aviso de Consultas Médicas Privadas y aviso de prácticas de privacidad de Medicare de Transcend Orthotics & Prosthetics. El Aviso de Consultas Médicas Privadas describe los tipos de usos y formas de dar a conocer la información de salud protegida de mi estado de salud en mi tratamiento, en el pago de mis facturas o en la labor de Transcend Orthotics & Prosthetics y las operaciones de cuidado de la salud del Transcend Orthotics & Prosthetics. El Aviso de Consultas Médicas Privadas también describe mis derechos y los deberes de Transcend Orthotics & Prosthetics con respecto a la información de salud protegida (PHI-Protected Health Information). El Aviso de Consultas Médicas Privadas está a la vista en la sala de espera en Transcend Orthotics & Prosthetics. Transcend Orthotics & Prosthetics se reserva el derecho de cambiar las consultas médicas privadas que están escritas en el Aviso de Consultas Médicas Privadas. Puedo obtener un Aviso revisado y corregido de Consultas Médicas Privadas llamando a la oficina y solicitando una copia nueva por correo, en siguientes citas o teniendo acceso a la página de Internet de Transcend Orthotics & Prosthetics.

Por favor lea: Es importante obtener la información suficiente que sea posible para transmitir de la compañía del seguro. Las formas incompletas pueden causar retraso en su proceso de reclamo.

Certifico que la información médica es correcta. Acepto notificar a Transcend Orthotics & Prosthetics cualquier cambio en mi cobertura del seguro durante el curso del tratamiento del paciente. Certifico que soy el paciente o debidamente autorizado para actuar como agente de un paciente para ejecutar y aceptar los términos y condiciones anteriores.

Solicito el pago de beneficios de seguro autorizados que se harán a Transcend Orthotics & Prosthetics por cualquier artículo o servicios que me haya proporcionado ese proveedor. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por artículos o servicios relacionados a Transcend Orthotics & Prosthetics.

Nombre en letras de impreta del paciente: _____

Firma del paciente o representante: _____ Fecha (mes/día/año): _____