

FERNCREEK GENERAL SURGERY, PA

Reglas financiera

Los doctores de FERNCREEK GENERAL SURGERY, PA somos orgullosos de proporcionar un servicio de calidad a nuestros pacientes y visitantes. Los costos implicados en el abastecimiento de este cuidado son considerables. Por favor, entienda que al pago de su cuenta es considerado parte de su tratamiento. Es muy importante que su cuenta sea manejada apropiadamente. Agradecemos su cooperación. Porque vemos a pacientes con muchos diversos tipos de cobertura y de regímenes de seguros médicos. Aunque estamos aquí asistirle, es su responsabilidad pagar adentro por completo. Nos tenemos los siguientes reglamentos financieros, por favor lealos y firme antes de cualquier tratamiento.

El paciente conviene que pagar del tiempo de su cita. Aceptamos tarjetas de crédito y de débito. Aceptamos efectivo y cheques.

Pacientes con seguro médico privado. Si usted es un cliente de una compañía de seguros que nosotros nos somos contratados con, podemos facturar a su asegurador. En esta situación, es posible que la compañía puede dar un descuento. Si no dan el descuento, usted debe pagar la cuenta entera. Como cortesía le enviaremos el cobro a la compañía de seguros. Si no contraemos con su compañía, usted conviene la paga por completo. No hay la garantía que el gasto de su visita será reembolsado por su asegurador.

Los co-pagos y los deductibles. Los co-pagos y los deductibles son cantidades requeridas por su seguro privado para pagarnos a la hora de servicio. Enviaremos la factura a su seguro principal, si corresponde, a su compañía de seguros secundaria por cortesía. Pero si la compañía de seguros no pagar la cantidad o rechaza la propuesta de pago por cualquier razón, la cuenta sera su responsabilidad. Los co-pagos, el co-seguro, los deducibles y los servicios no cubiertos serán su responsabilidad según su cobertura del seguro médico. Usted tiene treinta (30) días con los cuales pagar el equilibrio debió y un honorario \$10 se aplicará. Si usted sabe que el gasto de su visita será reembolsado por su asegurador, solicitamos que usted nos notifique. Le reembolsaremos para los pagos excesivos. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nosotros no forma parte de ese contrato.

Cobertura de Medicare. Participamos con Medicare. Si tenga Medicare, usted será responsable por el 20% de los costos de sus servicios. Medicare cubrirá el 80% del costo total de sus medicamentos. Luego, usted pagará que falta. Medicare no pagará algunos servicios. Algunos de los servicios no los cubra el plan de seguro que tenga usted, es su responsabilidad pagar esos servicios rendidos por FERNCREEK GENERAL SURGERY, PA adentro por completo.

Cobertura de Medicaid. Participamos con Medicaid. Si tenga Medicaid, usted será responsable por su co-pago. Serán mandados la cuenta que falta de los servicios.

Sin seguro privado. Es su responsabilidad pagar los servicios rendidos por FERNCREEK GENERAL SURGERY, PA adentro por completo. No hay la garantía que el gasto de su visita será reembolsado por su asegurador.

Demandas civiles de los juegos, del automóvil, caseras, o del negocio de los dueños. Si usted está implicado en un accidente o un pleito y cuente con la cobertura de los terceros, todavía es su responsabilidad pagar esos servicios rendidos por FERNCREEK GENERAL SURGERY, PA adentro por completo. No mandamos la cuenta seguro de los terceros en el pleito. También, no archivaremos con su compañía porque será negado.

Cheques vueltos. \$25 serán determinados a su cuenta para cheques con los fondos escasos (NSF) o cuentas cerrados o falsas. Usted debe recoger el cheque, usted debe recoger el cheque y pague la cantidad completa más \$25. Le requerirán pagar con afectivo o tarjetas de crédito.

Limadura de la forma del seguro. Nos placeremos llenar el formulario el seguro, FMLA, formas de servicios sociales, etc., para demandas de inhabilidad. nuestro honorario estándar es \$10.

Citas faltadas. Reservamos la derecha de aplicar \$25 para citas faltadas. Requerimos aviso de veinte-cuatro horas o un día laboral. Cuando falte a su Segunda cita, nos reservamos el derecho de cobrar por su cita que perdio. Si no, podemos aplicar a su cuenta \$25. Para evitar este cobro cualquier cancelacion de su cita la debera hacer con 24 horas de anticipacion. Por favor ayudemos a servirle mejo viniendo a sus citas.

Gracias por entender nuestras reglas financieras.

Firma del Paciente o Persona Responsable del pago

Fecha

Aviso de las políticas de aislamiento para Ferncreek General Surgery, PA

número de la revision _____

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO ES QUE LA PRACTICA PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR REPÁSELA CUIDADOSAMENTE.

Los empleados del FERN CREEK GENERAL SURGERY, PA, sus afiliados y contratistas, saben que la información de salud acerca de usted y su salud es personal. Ellos prometen proteger su información de salud.

Para Comprender su Información Médica/Expediente Médico

Cada vez que usted acude a FERN CREEK GENERAL SURGERY, PA, se crea un expediente de dicha visita. Típicamente dicho expediente contiene sus síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y un plan para atención o tratamiento futuros. Esta información, comúnmente conocida como expediente médico, sirve como:

- una base para planear la atención y tratamiento que usted recibirá,
- un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a su atención,
- un documento legal que describe la atención que usted recibió,
- un medio por el cual usted o un tercero encargado del pago puede verificar que los servicios facturados hayan sido realmente prestados,
- una herramienta para educar a los profesionales de la salud,
- una fuente de datos para la investigación médica,
- una fuente de información para los funcionarios de salud pública encargados de mejorar la salud de la nación,
- una fuente de datos para la planeación y promoción de centros de salud,
- una herramienta con la cual podemos evaluar y trabajar continuamente para mejorar la atención que ofrecemos y los resultados que obtenemos.

El comprender en qué consiste su expediente y la manera en que se utiliza la información acerca de su salud le permitirá: asegurar que dicho expediente sea correcto, comprender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otras personas pueden, y tener acceso a la información acerca de su salud, tomar decisiones más informadas al autorizar la divulgación de dicha información a otras personas.

Sus Derechos en lo Referente a su Información Médica

Aunque su expediente médico es propiedad física del FERN CREEK GENERAL SURGERY, PA, la información le pertenece a usted. Usted tiene el derecho de:

- obtener una copia impresa de la notificación de prácticas de información al solicitarla
- inspeccionar y obtener una copia de su expediente médico según se establece en 45 CFR 164.524
- corregir su expediente médico según se establece en 45 CFR 164.528
- obtener una relación de las divulgaciones de su información médica según se establece en 45 CFR 164.528

FERNCREEK GENERAL SURGERY, PA

Historia del Paciente

Consiento al uso o la revelación de mi información protegida de salud para conducir asistencia médica. Entiendo que se pueden condicionar sobre mi consentimiento como evidencia por mi firma en este documento.

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ AÑOS DE EDAD _____

OCCUPACIÓN _____ GÉNERO **M** **F** ORIGEN ÉTNICO _____

ESTADO CIVIL **SINGLE** **MARRIED** **SEPARATED** **DIVORCED** **WIDOWED**

¿POR QUÉ USTED ESTÁ VIENDE A DOCTÓR? _____

ALERGIAS **MEDICACIONES** _____

OTRA _____

MEDICACIONES ACTUALES _____

¿FUMA? **SÍ** **NO** ¿CUÁNTO? _____

ALCOHOL **SÍ** **NO** ¿CUÁNTO? _____

DROGAS ILÍCITAS **SÍ** **NO** ¿CUÁNTO? _____

MUJERES

EXCLUSIVAMENTE Años Ud. tenía cuando tuvo su primera menstruación _____

Fecha de la menstruación pasada _____ ¿Menstruación regular? **SÍ** **NO**

Embarazos ¿Cuantos tiempos? _____ ¿Cuantos niños tiene? _____

¿Edad del primer niño llevado? _____ ¿Usted amamantó? **SÍ** **NO**

ENFERMEDADES

ANTERIORES

Fechas, por favor _____

ENFERMEDADES

ANTERIORES

Fechas, por favor _____

FIRMA _____

DATE _____

FERNCREEK GENERAL SURGERY, PA

Historia del Paciente

Consiento al uso o la revelación de mi información protegida de salud para conducir asistencia médica. Entiendo que se pueden condicionar sobre mi consentimiento como evidencia por mi firma en este documento.

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ AÑOS DE EDAD _____

OCCUPACIÓN _____ GÉNERO **M** **F** ORIGEN ÉTNICO _____

ESTADO CIVIL **SINGLE** **MARRIED** **SEPARATED** **DIVORCED** **WIDOWED**

¿POR QUÉ USTED ESTÁ VIENDE A DOCTÓR? _____

ALERGIAS **MEDICACIONES** _____

OTRA _____

MEDICACIONES ACTUALES _____

¿FUMA? **SÍ** **NO** ¿CUÁNTO? _____

ALCOHOL **SÍ** **NO** ¿CUÁNTO? _____

DROGAS ILÍCITAS **SÍ** **NO** ¿CUÁNTO? _____

MUJERES

EXCLUSIVAMENTE Años Ud. tenía cuando tuvo su primera menstruación _____

Fecha de la menstruación pasada _____ ¿Menstruación regular? **SÍ** **NO**

Embarazos ¿Cuantos tiempos? _____ ¿Cuantos niños tiene? _____

¿Edad del primer niño llevado? _____ ¿Usted amamantó? **SÍ** **NO**

ENFERMEDADES

ANTERIORES

Fechas, por favor

ENFERMEDADES

ANTERIORES

Fechas, por favor

FIRMA _____

DATE _____

¿Usted ha tenido cualquiera del siguiente?

Pérdida de peso rápido anormal	SI	NO	úlceras del estómago	SI	NO
fiebres y frialdades	SI	NO	sangrado del estómago	SI	NO
ceguera	SI	NO	sangrado del recto	SI	NO
sordera	SI	NO	Diarrea frecuente	SI	NO
sordera	SI	NO	cambe en hábito del intestino	SI	NO
toser sangre	SI	NO	hepatitis	SI	NO
pérdida progresiva de la voz	SI	NO	ictericia (piel amarilla)	SI	NO
la nariz frecuente sangra	SI	NO	cálculos biliares	SI	NO
dolor de pecho	SI	NO	hinchazón del páncreas	SI	NO
Ataques al corazón	SI	NO	apéndice	SI	NO
Un ritmo cardíaco anormal	SI	NO	repetidas infecciones urinarias/del riñón	SI	NO
Soplo cardíacos	SI	NO	pedra del riñón	SI	NO
enfermedad de la válvula del corazón	SI	NO	problemas urinarias	SI	NO
fiebre reumática	SI	NO	histerectomía	SI	NO
corazón agrandado	SI	NO	artritis	SI	NO
angioplastia	SI	NO	accidente cerebrovascular	SI	NO
tensión arterial alta	SI	NO	asimientos	SI	NO
Dolor en la pierna al caminar	SI	NO	terron del pecho	SI	NO
Hinchazón del tobillo	SI	NO	cáncer de la piel	SI	NO
respiración rápida excesiva	SI	NO	diabetes	SI	NO
pulmonía	SI	NO	enfermedad de tiroides	SI	NO
tuberculosis	SI	NO	anemia	SI	NO
Asma	SI	NO	desorden de la sangría	SI	NO
bronquitis crónica	SI	NO	tromboflebitis/coágulos de sangre	SI	NO
enfisema	SI	NO			
Infección del VIH	SI	NO	otros problemas _____		
cáncer	SI	NO			
reflujo ácido	SI	NO			
dificultad a tragar	SI	NO			

¿Cualquier persona en su familia ha tenido uno del siguiente?

enfermedad cardíaca	SI	NO	cáncer ovárico	SI	NO
cálculos biliares	SI	NO	cáncer de pulmón	SI	NO
desorden de la sangría	SI	NO	cáncer del estómago	SI	NO
tromboflebitis/coágulos de sangre	SI	NO	cáncer popyps de los dos puntos	SI	NO
enfermedad de la célula de la hoz	SI	NO	otros problemas de la familia _____		
diabetes	SI	NO			
cáncer de la piel	SI	NO			

Certifico que ésta información es verdadera y exacta bajo mi conocimiento:

Firma de paciente _____ **Fecha** _____