



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

N.º de ID (Identificación) _____

Northwest ENT
and Allergy Center

Nombre del paciente: Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha de nacimiento ___/___/___ Edad del paciente ___ Masculino ___ Femenino ___ ESTADO CIVIL ___S___C___D___V

Domicilio: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono particular/Celular _____ Teléfono laboral _____

Dirección de correo electrónico _____

¿Qué médico visitará hoy? Dr. Locandro Dr. Parikh Dr. Kauffman Dr. Ingley Dr. McClinton Dr. Van Deusen
 Dr. Dharamsi Dr. Antunes

Nombre del médico que solicitó la visita o consulta de hoy: _____

Médico de cabecera, si no es el que mencionó antes: _____ Teléfono N.º _____

¿Cómo se enteró de nosotros?

Sitio Web NW ENT Medico ZocDoc Seguro Búsqueda en Internet Amigo Familiar

NOMBRE PARTE RESPONSABLE: Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha de nacimiento ___/___/___ Masculino ___ Femenino ___

Teléfono particular (_____) _____ Teléfono Laboral (_____) _____ Int. _____

Dirección _____

Código Postal _____ Ciudad _____ Estado _____

Compañía de Seguro principal _____ Tomador del seguro _____

N.º Identificación de Póliza _____ Grupo N.º _____

Compañía de Seguro Secundaria _____ Tomador del seguro _____

N.º Identificación de Póliza _____ Grupo N.º _____

****Si el tomador del seguro no es el paciente, debemos contar con la información siguiente para presentar su reclamo****

TOMADOR DEL SEGURO: Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha de nacimiento ___/___/___ Sexo ___ Masculino ___ Femenino

RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL TOMADOR DEL SEGURO ___ Cónyuge ___ Niño ___ Otro _____

Empleador suscriptor _____

EL PAGO DE TODOS LOS COPAGOS, DEDUCIBLES Y CUALQUIER OTRA TARIFA DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE VENCE CUANDO SE PRESTAN LOS SERVICIOS. SI TIENE PREGUNTAS SOBRE LAS TARIFAS, AVÍSENOS.

AUTORIZACIÓN DE SEGURO Y TAREA

Por la presente autorizo a Northwest ENT & Allergy Center a proveerme el diagnóstico y tratamiento. Asimismo autorizo a Northwest ENT & Allergy Center a proporcionar información médica y/o cualquier otra información a mi asegurador y/o Centros para Servicios de Medicare y Medicaid o sus intermediarios o transportistas, cualquier información necesaria para el pago de reclamos de la Compañía de Seguros o Medicare por servicios prestados por Northwest ENT & Allergy Center y/o sus médicos. Autorizo que se utilice una copia de esta autorización en lugar de su original y solicito la asignación del pago de los beneficios de seguro médico a Northwest ENT & Allergy Center y/o sus médicos. Comprendo que es obligatorio notificar al proveedor de atención de salud acerca de cualquier otra parte que pueda ser responsable por el pago del tratamiento. (La sección 1128B de la Ley SS y 31 U.S.C. 3801-3812 provee sanciones por retener esta información). También se me informaron mis derechos a la privacidad mediante posters y folletos incluidos dentro de esta oficina, conforme se autoriza bajo las leyes HIPAA federales actuales.

Firma del Paciente o Tutor Legal (Si el paciente es menor de 18 años)

Fecha

HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

N.º de Identificación: _____

Para poder obtener una historia clínica completa, es importante que complete este formulario de la manera más completa posible. Esta es una información muy importante. **Complete todos los artículos.** Es muy importante que su médico sepa que ha revisado atentamente todas las áreas de este formulario. Esta información ingresará en la computadora y, si desea, puede obtener una copia del informe.

NOMBRE DEL PACIENTE: Apellido _____ Nombre _____
Segundo nombre _____

Masculino _____ Femenino _____ Fecha de nacimiento: _____ Altura: _____
Peso: _____

Nombre del Médico de cabecera: _____

Preferencia de Farmacia (incluir ubicación): _____

MOTIVO DE LA VISITA DE HOY: _____

ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE CONSUME ACTUALMENTE:

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia de toma

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO? Sí No. Si la respuesta es afirmativa, enumerar a continuación:

Nombre del medicamento	Tipo de reacción

CIRUGÍAS Y HOSPITALIZACIONES

¿Ha tenido algún problema con la anestesia (entumecimiento o adormecimiento)? Sí No

Si su respuesta es afirmativa, explique: _____

Enumere las cirugías que ha tenido (incluso las fechas):

¿Ha estado hospitalizado alguna vez por motivos no quirúrgicos? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, escriba os motivos para las hospitalizaciones: _____

OCUPACIÓN ACTUAL O MÁS RECIENTE: _____



CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

N.º de Identificación: _____

Northwest ENT & Allergy Center cumple con los lineamientos de HIPAA para garantizar la integridad de su privacidad. Necesitamos su ayuda para garantizar su privacidad al proporcionarnos la información siguiente:

En el evento que a mí, _____ no puedan encontrarme personalmente, Northwest ENT & Allergy Center pueden dejar todos los resultados de las pruebas, información de citas u otra información confidencial médica o financiera mediante con las siguientes personas:

Nombre	Relacion con el paciente	Fecha de Nacimiento	Telefono de Contacto

Divulgacion de su información de su salud protegida a cualquier persona que no sea el paciente o padre/tutor legal se limitara a las personas mencionadas anteriormente, o de lo contrario las personas listadas en el aviso de practicas de privacidad.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Estandarización de Mejora de Calidad de Atención de Salud

Garantizar la prestación de atención de alta calidad y centrada en el paciente requiere comprender las necesidades de las poblaciones a las que se presta servicios. La infraestructura de datos de atención de salud del país no ofrece el nivel necesario de detalle para comprender los cuáles son los grupos que están experimentando desigualdades de atención de salud o podrían beneficiarse de esfuerzos de mejora de calidad enfocada. Se recomiendan estas preguntas para estandarizar un enfoque para obtener datos referentes a raza, etnia e idioma. Responda las preguntas a continuación para ayudarnos en la recolección de estos datos.

Raza

- Indoamericano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Afroamericano
- Hawaiano nativo u otro Isleño del Pacífico
- Otra Raza
- Blanco
- Se rehúsa a declarar

Etnia

- Hispánico o Latino
- No hispánico ni Latino
- Se rehúsa a declarar

Idioma

- Inglés
- Español
- Otro

Método preferido para recibir información de la

Oficina

- Teléfono móvil o celular
- Hogar
- Correo
- Optar por no
- Otro teléfono
- Portal del paciente
- Telefonolaboral



PÓLIZA FINANCIERA

N.º de Identificación: _____

A medida que nuestra oficina se esfuerza por mantener el costo de la atención al paciente, es importante que entienda su responsabilidad financiera para su atención médica. **Nuestra oficina lleva a cabo procedimientos “dentro de la oficina” en donde su compañía de seguro considera un procedimiento quirúrgico.** En algunos casos, **aplicarán** los “beneficios para pacientes ambulatorios” en donde quizá tenga que cumplir con un deducible o pagar un importe adicional de coaseguro. **Verifique su libro de beneficios de seguro para obtener la información de cobertura.**

Es importante que comprenda lo que su póliza de seguro cubre y no cubre. Cada póliza de seguro del paciente es diferente y, debido a esto, es imposible que nuestro personal conozca los detalles de lo que cubre o no cubre su póliza. Si tiene preguntas referentes a su seguro, llame al departamento de servicios al asociado que se encuentra en su tarjeta de seguro.

PACIENTES DE ATENCIÓN MÉDICA GERENCIADA: Es su responsabilidad obtener todas las derivaciones necesarias y las autorizaciones de su médico de cabecera. Usted será responsable de todos los servicios si el seguro rechaza debido a falta de autorización. Todos los copagos se vencen al momento del servicio.

PACIENTES DE SEGURO COMERCIAL: Completaremos en su nombre sus servicios médicos con su compañía de seguros. Como gentileza, completaremos también todas las pólizas de seguro secundarias que pueda tener. No obstante, usted es totalmente responsable de todos los cargos incurridos, en especial los cargos rechazados como no cubiertos por su compañía de seguros. Su seguro puede tener su propio programa de tarifa “usual, habitual y razonable (UCR)”

PACIENTES POR CUENTA PROPIA: Usted es responsable por el pago de servicios en el día que es observado.

COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR: Es responsable de ayudarnos a obtener la autorización de su gerente de caso o ajustador para todas las visitas de oficina. Facturaremos su plan de seguro de compensación del empleador o trabajador. Usted es solo responsable del pago si su reclamo es controvertido.

PACIENTES DE MEDICARE: Estamos participando con Medicare. Facturaremos a Medicare en su nombre. Observe que la ley federal requiere que recolectemos sus importes de deducible anual y coaseguros. Si tiene una aseguradora secundaria, facturaremos su seguro secundario después del pago de Medicare.

PACIENTES ASISTIDOS POR EL ESTADO *Participamos con el programa Medicaid del estado de Georgia y facturaremos a Medicaid. Los beneficios médicos son válidos de mes a mes. Por lo tanto, será necesario que nos presente su certificado Medicaid todos los meses. Recopilaremos todos los copagos al momento del servicio. Observe que, si hay una falla en su cobertura mensual de Medicaid (es decir, no es elegible para los beneficios de Medicaid), se considerará un paciente particular.*

TARIFA ADICIONAL SI NO SE PRESENTA: *Su cuenta se recargará con \$50.00 por cada visita que se considere que no se ha presentado.*

POLÍTICA DE PAGO

Todos los copagos, importes de coaseguro, deducibles y/u otros saldos adeudados por el paciente deben pagarse en su totalidad al momento de su visita. El incumplimiento del pago en su cuenta **tendrá como resultado su despido** de la profesión y su cuenta se presentará a una agencia de cobranza externa para el pago. **Informamos las cuentas impagas a la oficina de crédito.** Observe que tenemos un importe por cheque devuelto o rebotado de \$12.00 para todos los cheques rebotados de su banco por fondos insuficientes que se recargarán a la cuenta de su paciente y será responsable del pago.

Los arreglos de pago también pueden realizarse mediante un servicio financiero, Servicios de Atención de Créditos. El tenedor de la cuenta es responsable de realizar los pagos directamente a los Servicios de Atención de Créditos según sus términos y condiciones.

Yo, _____, comprendo y estoy de acuerdo con los términos y las condiciones según se establecen anteriormente.

Fecha: _____

Firma del paciente y/o Tutor Legal



Notificación del Paciente para las Políticas de Pago del Pagador para determinados procedimientos dentro de la Oficina

Nombre del paciente: _____ Número de Identificación o ID _____

Tenga en cuenta que determinados procesos llevados a cabo en nuestra oficina no están incluidos en la visita estándar al consultorio. Estos procedimientos se facturarán por separado y además de los cargos por la visita a consultorio. Hemos observado que algunos aseguradores están clasificando estos procedimientos como "Cirugía" y aplican cargos a un importe de deducible superior. El resultado puede ser un pago de seguro para una visita de consultorio, pero no un procedimiento. En esos casos, el pago por este procedimiento se cobrará al paciente. Quédese tranquilo de que estamos cumpliendo con las pautas de facturación y codificación aceptadas y que todos los procedimientos se realizan para el beneficio de atención del paciente.

Los ejemplos de procedimientos dentro del consultorio incluyen:

Laringoscopia flexible: Este procedimiento incluye el paso de un microscopio largo, delgado, flexible y de fibra óptica a través de la cavidad nasal y hacia la garganta. El microscopio de fibra óptica permite al médico visualizar las áreas de la garganta que no se observan de inmediato al usar espejos laríngeos.

Endoscopía nasal: Este procedimiento utiliza el microscopio rígido o flexible adjunto a una fuente liviana para observar las áreas de las cavidades nasales que no pueden observarse por el médico al usar el espéculo nasal estándar y el espejo para la cabeza.

Endoscopía nasal con biopsia o desbridamiento: Este es el mismo procedimiento al anterior con eliminación de costras o tejido. Este procedimiento siempre se realiza en tres (3) visitas diferentes después de la cirugía de seno.

Si tiene preguntas o dudas, solicite hablar con nuestro departamento de facturación.

Firma del paciente y/o Tutor Legal

Fecha