





Para mejor servirle y brindar atención de calidad y servicio por favor facilítenos la siguiente información:

**Información de la farmacia:**

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_ teléfono #: \_\_\_\_

Correo en Farmacia: \_\_\_\_

Correo en orden farmacia Ubicación: \_\_\_\_ teléfono #: \_\_\_\_

**Actualmente, otros proveedores involucrados en su cuidado:**

Nombre del médico	Número de teléfono	Especialidad	Mes/año de la última visita

¿Está en un centro de enfermería especializada? No sí; Nombre del centro: \_\_\_\_

### Información de emergencia

Por favor nos proporciona con (3) tres contactos de emergencia, y si no estamos autorizados a revelar su información médica.

Nombre de contacto	Número de teléfono	Relación con el paciente	¿Autorizado para recibir información médica?
			<input type="checkbox"/> Sí * <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí * <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí * <input type="checkbox"/> No

**\* Autorización para el uso y divulgación de mi información de salud.**

Yo voluntario autorizar **Centrada en nombre de la práctica de la salud** para usar o divulgar mi información de salud incluyendo pero no limitado a las citas, las condiciones y tratamientos durante la vigencia de esta autorización a los destinatarios que he identificado arriba. La información divulgada en conformidad con esta autorización puede ser sujeta a re-divulgación y ya no puede ser protegida por la regla de privacidad.

Entiendo que esta autorización será efectiva:

Hasta que he solicitado esta autorización a ser revocada por escrito.

La fecha de esta autorización hasta el día \_\_\_ de \_\_\_, 20\_\_

Hasta que ha producido el evento siguiente: \_\_\_.

Autorizo a los permisos como se indicó anteriormente. Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Nombre paciente o Representante Legal firma pacientes

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente si auto fecha

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pacientes fecha de nacimiento

### Receta historia consentimiento

Por la presente autorizo **Centrada en nombre de la práctica de la salud** para acceder y utilizar mi historia de receta electrónica. Entiendo que al hacerlo estoy permitiendo que **Centrada en el nombre de la práctica de la salud** a una historia íntegramente electrónica de las recetas que se le ha recetado a mí por todos mis proveedores de atención médica incluyendo pero no limitado a los hospitales, cuidados urgentes, los dentistas y los médicos de práctica privada. También estoy permitiendo que **Centrada en el nombre de la práctica de la salud** para acceder a los registros en cuanto a las recetas surtidas en mi nombre por local, pedido por correo y farmacias de la especialidad.

Entiendo que esta autorización no expirará a menos que presentar una solicitud por escrito.

\_\_\_\_\_  
Paciente o Representante

\_\_\_\_\_  
Legal firma fecha



## Acuerdo de política financiera

Gracias por elegir nuestra oficina para sus necesidades de atención médica. Somos parte de Centric Health, una práctica de grupo multi-especialidad, y esperamos ser su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a proveerle salud superior y de calidad. Le agradecemos a adherirse a este acuerdo de política financiera. **Nota: esta política financiera se aplica a todas las divisiones de salud centrada en la.**

### **Pacientes con beneficios de seguro médicos:**

Es su responsabilidad proporcionar nuestra oficina con un cuadro identificación e información de cobertura válida. Usted debe notificarnos de cualquier cambio en su cobertura de seguro inmediatamente. Muchas compañías de seguros han oportuno presentar límites, si usted nos proporciona información de seguro esos límites han expirado, usted será responsable de los servicios.

Estamos participando en la mayoría de planes de salud. Tenemos contratos con de muchos PPO, HMO, compañías de seguros así como agencias gubernamentales incluyendo Medicare. Nuestra oficina de negocios presentar reclamaciones por los servicios prestados y asistirle de cualquier manera razonable ayudar a su reclamo de pago. Su seguro puede demorar o negar el reclamo pago pendiente información solicitada desde el Subscriptor de su plan; es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Dichos retrasos o denegación será su responsabilidad financiera.

### **De copago, co seguros y deducibles:**

Antes de servicios se vencen todos los copagos, co seguros, deducibles y saldos actuales. Si estos pagos no se hacen en el momento del servicio, nuestra oficina le enviará una declaración para su equilibrio. Puede ser difícil a veces ofrecer un presupuesto exacto de su parte debido, sin embargo podemos ofrecer una valoración a petición. Bajo ninguna circunstancia una estimación considera el pago final o pago completo. Saldos de los reclamos no se consideran finales hasta después de que su seguro ha procesado la solicitud completa.

### **Servicios no cubiertos y fuera de la red:**

Servicios médicos, consideradas por su compañía de seguros no cubiertos, fuera de la red o no médicamente necesaria será su responsabilidad. Nuestra oficina se intenta comprobar beneficios por servicios prestados, pero en última instancia es su responsabilidad conocer su cobertura.

### **Paciente sin beneficios de seguro médicos:**

Reconocemos que algunos de nuestros pacientes pueden sin cobertura de seguro o elija recibir atención de nuestros proveedores aun cuando no se nos considera 'proveedores participantes' con su plan de salud. Ofrecemos tarifas con descuento razonables, así como planes de pago. Por favor háganoslo saber con antelación si estás en esta situación por lo que nosotros podemos ayudarle a determinar la mejor manera de manejar su cuenta.

### **Otras políticas y cargos por servicio**

### **Plan de pago**

Si en cualquier momento usted está teniendo dificultades para pagar su cuenta, le animamos a contactar con nuestra oficina de negocios en (661) 371-2796, para establecer un plan de pago razonable. Tenemos muchas opciones para ayudar durante sus dificultades financieras.

### **Política de equilibrio**

Nuestra oficina le enviará declaraciones regularmente; Si tiene cualquier duda o disputa su equilibrio, es su responsabilidad ponerse en contacto con nuestra oficina de negocios en 30 días. Los Estados incluyen saldos por **todos** los lugares de práctica centrada en la. Caso de un crédito para una fecha de prepagada de servicio, nos reservamos el derecho a aplicar a ese pago si hay un saldo en la cuenta. Vencida de cualquier cuentas pueden ser referidas a una agencia externa de la colección y objeto de interés y una negativa calificación crediticia con varias agencias de crédito.

\_\_\_\_\_ Iniciales del paciente



Exención de responsabilidad del paciente

Es nuestra política de tratar a todos los pacientes de una manera justa relacionada saldos de cuentas. No renunciar, dejar de cobrar ni de último minuto en cualquier copago, coaseguro, deducible u otros paciente responsabilidad financiera según estado y leyes federales, así como participantes los acuerdos con los contribuyentes. Responsabilidad financiera total o parcial sólo se autorizan acuerdo con nuestra política de dificultades financieras. Para más información por favor póngase en contacto con nuestra oficina de negocios en (661) 371-2796.

Política de finalización de forma

TODAS las formas que requieren firma de revisión y el médico médica están sujetos a un cargo administrativo de \$25,00 *por formulario de*. Esta cuota será debida antes de la liberación de los formularios completados.

Solicitud de registros médicos

Se requiere solicitud por escrito para todas las versiones de registros médicos. Las solicitudes de registros están sujetas a una tasa administrativa de \$25,00 por la petición de más de \$0,25 por página copiada. Nos reservamos el derecho a la no liberación cualquiera registra abonado dichas tasas.

Política de devolución de cheque

Cualquier cheque devuelto por el Banco como no remunerado, está sujeta a una tarifa de devolución de cheque de \$25.00 por cheque pagadero en efectivo, giro postal o tarjeta de crédito. Podemos elegir rechazar pagos futuro cheque en su cuenta. Además, podemos buscar recursos legales todo adicionales que nos proporcionadas bajo ley de California, incluyendo pero limitado a reportar su cheque devuelto a la Fiscalía local.

Cita faltada

Entendemos que puede haber tiempos cuando usted tenga que faltar a una cita debido a otras obligaciones o situaciones de emergencia. Se requieren al menos 24 horas de anticipación de cualquier cancelación de cita. Si un aviso de 24 horas no se queda a criterio de la oficina a cobrar una cuota de \$25 cita faltada. Cancelar su cita con antelación nos da la oportunidad de ofrecer servicios médicos a otro paciente.

Mediante la firma de este acuerdo:

- Por la presente asigno a todas las prestaciones del seguro de salud aplicables y todos los derechos y obligaciones que yo y mis dependientes tienen bajo mi plan de Centric Health y representantes de Centric Health (en adelante, "Mis representantes autorizados") y nombro a los como mi representante autorizado con el poder de:
  - Presentar reclamaciones médicas con el plan de salud
  - Archivo apelaciones y quejas con el plan de salud
  - Discutir o divulgar mi información de salud personal o la de mis dependientes con cualquier tercer parí incluyendo el plan de salud.
- Certifico que la información de seguro de salud que brindé a Centric Health en él es correcta en la fecha indicadas a continuación y que soy responsable de mantener actualizada.
- Soy plenamente consciente que tener un seguro de salud no exime de mi responsabilidad para garantizar que estén saldadas mis facturas por servicios profesionales de Centric Health. También entiendo que soy responsable de todos los montos no cubiertos por mi seguro de salud, incluidos los copagos, coaseguros y deducibles.
- Autorizo a mis representantes autorizados para: (1) liberar cualquier información necesaria para mi plan de beneficios de salud (o su administrador) con respecto a mi enfermedad y tratamientos; (2) proceso de reclamaciones de seguros generados en el curso de examen o tratamiento; y (3) permite una fotocopia de mi firma que se utilizará para procesar reclamaciones de seguros.
- Entiendo que este contrato permanecerá en efecto hasta que he revocado formalmente por escrito.
- Entiendo política financiera centrada Centric Health podrá ser modificada sin previo aviso.
- Reconozco he leído y entendido la política financiera centrada en Centric Health. Se proporcionará una copia a mí a petición.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma paciente o Legal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente, si es distinto de uno mismo: \_\_\_\_\_



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

### ACUSE DE RECIBO

El Aviso de prácticas de privacidad de Centric Health brinda información sobre cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida.

Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad.

---

Firma Del Paciente o Representante Del Paciente

---

Fecha

---

Imprimir nombre

---

Relación Con el Paciente

Intérprete (si corresponde)



## Autorización para usar y/o revelar información de salud

De acuerdo con la regla de privacidad de HIPAA, la forma de privacidad (PHI) debe ser usada o revelada para el propósito aparte del tratamiento, pago de operaciones de cuidado de salud, la facilidad lo usará y divulgará sólo de acuerdo con una autorización válida y por escrito, a menos que dicho uso o divulgación sea de lo contrario permitido o requerido por la ley. El uso o divulgación de acuerdo con una autorización será consistente con los términos de dicha autorización.

Autorización para el uso/divulgación de la información: Autorizó y consiento voluntariamente a Centric Health para que usen y divulgue mi información médica durante el término de esta autorización al destinatario (s) que he identificado a continuación.

Destinatario: Autorizó que mi información de atención médica sea liberada al siguiente beneficiario (s):

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Propósito: autorizó la liberación de mi salud información para el propósito: \_\_\_\_\_

*(Nota: "a petición del paciente" es suficiente si el paciente está iniciando esta autorización)*

Información que debe divulgarse: autorizó la publicación de la siguiente información de salud: (marque la casilla correspondiente abajo)

- Toda mi información médica que el proveedor tiene en su posesión, incluyendo información relacionada con cualquier historia clínica, condición física o mental y cualquier tratamiento recibido por mí.
- Sólo los siguientes registros o tipos de información de salud: \_\_\_\_\_

Plazo: Entiendo que esta autorización permanecerá en efecto:

- Desde la fecha de esta autorización hasta el día de \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.
- Hasta que el proveedor cumpla con esta solicitud.
- Hasta que ocurra el siguiente evento: \_\_\_\_\_

Rechazo a la firma/derecho a revocar: Entiendo que firmar esta forma es voluntario y que, si no firmo, no afectará el comienzo, la continuación o la calidad de mi tratamiento con Centric Health. Si cambio de opinión, entiendo que puedo revocar esta autorización proporcionando una notificación por escrito de la revocación.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de la impresión

\_\_\_\_\_  
Título del representante personal (por ejemplo, guardián, ejecutor del patrimonio, Poder del cuidado médico)