

INFORMACION

Nombre: _____ Sexo: _____

Celular: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/ Estado / Cód. Postal _____

Fecha de Nacimiento (M/D/A) _____ N° de Seguro Social (últimos 4 dígitos) _____

Email: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Telefono: _____ Relación: _____

DOCTOR PRIMARIO / INFORMACION DEL MEDICO QUE LO REFIRIO

Nombre del Dr. Primario: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Nombre del Dr. que lo refirió: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

INFORMACION DE SU SEGURO:

Nombre de su Seguro Primario: _____ N° de Póliza: _____ N° de Grupo: _____

Nombre de su Seguro Secundario: _____ N° de Póliza: _____ N° de Grupo: _____

INFORMACIÓN DE SU FARMACIA

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Cód. Postal: _____

AUTORIZACION FAMILIA/ AMIGO

- No podemos comunicar ninguna información a ninguna otra persona que no sea usted.
- Informe en este documento si desea agregar a alguien en su lista que pueda ser autorizado para llamar en su nombre (incluido su cónyuge):

NOMBRE: _____

RELACION: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____

POLÍTICAS DE LA OFICINA Y FORMULARIO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Gracias por elegir MY ENDO HEALTH. Nos complace participar en su atención médica y esperamos establecer una relación duradera. Como su endocrinólogo, seguiré todas sus condiciones endocrinas. Cualquier otra inquietud fuera de mi alcance como endocrinólogo debería abordarse con su médico de atención primaria. Como parte de esta relación, hemos delineado nuestras expectativas. Por favor revise y firme este formulario aceptando nuestras políticas financieras y de oficina:

SEGURO:

- Debido al constante aumento de nuevos planes en cada seguro; cuando solicite su cita, debe proporcionar la información exacta sobre su seguro y sus datos demográficos para poder verificar que actualmente estamos afiliados con su seguro y con su Plan Médico. Envíe una foto de su tarjeta de seguro e identificación a info@myendo-health.com.
- Al momento de la visita, debe presentar su tarjeta de seguro e identificación personal para verificar la información actualizada en nuestro sistema.
- Es su responsabilidad ponerse en contacto con su seguro con respecto a su cobertura, disposiciones de la póliza, exclusiones y limitaciones, así como los requisitos de autorización (Médico primario).
- Los pacientes sin seguro (o seguro inactivo) deberán pagar la totalidad al momento del servicio. Nuestras tarifas son muy razonables y menos costosas que el promedio de la comunidad.
- Si su plan tiene un nuevo número de grupo, debemos tener la información para procesar sus reclamos correctamente.

VERIFICACION DE IDENTIDAD:

- Corroboraremos los datos de su Identificación Personal, con los datos de su Seguro Médico.
- De haber alguna diferencia con su Identificación Personal, tiene que contactar a su seguro para que lo actualice. Una vez los datos esten correctos procederemos con su cita.
- En caso que su apellido este en proceso de cambio. Verificaremos su nombre, ultimos 4 digitos de su Seguro Social y Fecha de Nacimiento.
- Si no tiene Número de Seguro Social, debe proporcionar una documentación legal verificable de cualquier cambio de nombre para guardar en el archivo (como un certificado de matrimonio, si el cambio de nombre es debido al matrimonio).

COPAGOS, DEDUCIBLES Y SALDOS:

- Como cortesía para usted, nos contactamos con su compañía de seguros para verificar sus beneficios y también facturamos a su seguro por los servicios.
- Cualquier monto brindado por su seguro al momento de su servicio son solo cotizaciones y no una garantía de pago. Este monto estimado (copago, deducible o co-seguro) se debe de abonar al momento del servicio, hasta que el seguro determine cuál será el monto exacto final.
- Cobertura complementaria: verificamos la cobertura únicamente con el seguro principal, que debe estar en la red. Cobramos la responsabilidad en función de su seguro primario. La reclamación se envía por el servicio prestado tanto al seguro primario como al secundario. La coordinación de beneficios debe estar actualizada con su compañía de seguros según su póliza.
- Si después de procesar el pedido de pago a su seguro, su seguro determina un monto diferente, en última instancia, usted será responsable del pago de cualquier diferencia y/o cargo adicional. Si la cuenta refleja algún pago en exceso, la cantidad se acreditará en la próxima cita de seguimiento. A menos que se comunique con la oficina para solicitar un reembolso mediante cheque antes de su próxima visita. Para los pacientes sin visitas de seguimiento, los reembolsos se procesan manualmente cada 6 meses.
- El deducible está determinado por el contrato con su compañía de seguros.
- Si su cobertura de seguro finaliza por algún motivo, usted es responsable del monto del reclamo
- Las facturas recibidas vencen y deben ser abonadas al momento de recibir nuestra notificación.
- Cualquier saldo pendiente debe pagarse al momento del servicio. Si tiene alguna inquietud financiera, por favor notifique a nuestra oficina e intentaremos ayudarlo con una opción de plan de pago.
- Servicio prestado: Todos los pagos realizados por el tratamiento médico prestado al paciente no son reembolsables.

REFERIDOS

- Usted es responsable de proporcionar cualquier autorización previa de su médico de atención primaria de ser necesaria. Si no puede obtener el referido a tiempo, tendremos que reprogramar su cita.
- Si su plan requiere autorizaciones para algún tratamiento, se necesitará una nueva autorización cuando su plan cambie.
- Si el referido es rechazado por su seguro, Usted será el responsable por el pago de la visita medica.

PACIENTES DE MEDICARE:

- Si tiene Medicare y no tiene una cobertura secundaria, usted será el responsable de posibles costos adicionales como Deducible o Co-seguro.
- Si tiene cobertura de Medicare y un seguro secundario, esperaremos hasta que todas las aseguradoras secundarias hayan pagado su reclamo antes de facturarle el saldo restante.

FACTURACIÓN Y DECLARACIONES:

- Los estados de cuenta del paciente se envían mensualmente. Usted es responsable de realizar un pago u organizar un plan de pago con nuestra oficina, si dicho saldo se encuentra pendiente, se aplicarán cargos por demora y se implementarán acciones de cobro por una empresa tercerizada.

COSTOS ADMINISTRATIVOS:

- Los cheques devueltos están sujetos a un cargo de \$ 35. Aceptaremos el pago solo en efectivo o con tarjeta de crédito hasta que se liquide el saldo.
- Completar formularios o crear una carta en su nombre es de \$ 15. (Solicitud del programa de asistencia al paciente, formulario de discapacidad, etc.) La mayoría de los formularios requieren de 5 a 7 días hábiles para investigar su información y completar el formulario. Tenga en cuenta que el Dr. Fiore solo puede completar formularios relacionados con una preocupación endocrina, cualquier otro formulario debe abordarse a su Doctor primario
- Tarifas de registros médicos: el tiempo de procesamiento para obtener registros médicos en nuestro sistema es una cortesía de nuestra oficina. El envío por correo electrónico o fax no tiene costo para usted. Al recogerlo de la oficina en formato impreso, tiene un costo de \$ 1.00 por página por las primeras 25 páginas y 25 centavos por cada página adicional para gastos generales asociados a la impresión de registros. (Florida 64B8-10.003)

MEDICAMENTOS:

- Si no ha sido visto en la oficina por más de 6 meses, por favor programe una cita, le proporcionaremos medicamentos hasta su próxima cita programada.
- No nos responsabilizamos de ninguna interrupción en los medicamentos para pacientes que no han sido atendidos en el consultorio durante más de un año.
- Tenemos 72 horas de respuesta para la solicitud de ordenes de medicamentos, sin devoluciones de llamadas.

COBERTURA DE FARMACIA:

- El mayor desafío para nuestra práctica es poder recetar medicamentos cubiertos por su plan de seguro.
- Tenga en cuenta que el Doctor Fiore enviará el medicamento que considere más apropiado para su afección.
- En caso de que su seguro no cubra lo que ha recetado el Doctor, haremos todo lo posible para encontrar un sustituto.
- Por favor, comprenda que una autorización previa para un medicamento no está a una llamada de distancia, como implican algunas aseguradoras; requiere notas médicas, múltiples formularios para enviar por fax y mucho más.
- Si se trata de un cambio simple y podemos encontrar un medicamento equivalente alternativo, realizaremos los cambios.
- Si necesitamos apelar para obtener una autorización previa que requerirá una explicación por escrito y un tiempo prolongado por teléfono y fax, el tiempo de espera estimada es de 2 a 4 semanas antes de recibir noticias nuestras, ya que las respuestas del seguro suelen ser por correo.

ORDENES DE LABORATORIO:

El Doctor entregará la orden para el laboratorio impreso o enviará a su email. No será enviado directamente al laboratorio. Por favor recuerde de llevar su orden al laboratorio de su preferencia.

RESULTADO DE LABORATORIO:

- Los resultados no son evaluados ni comunicados por el personal de nivel medio, ya que los resultados normales no siempre significan buenos y viceversa.
- Su médico revisará, interpretará y sacará una conclusión de los resultados de los laboratorios y/o imágenes que ha ordenado con cada paciente en su proxima visita de seguimiento y hará recomendaciones a seguir.
- My Endo Health no es responsable financieramente de los resultados de laboratorio. Si su seguro no cubre; Usted es responsable del pago al laboratorio.

COMUNICACION CON LA OFICINA :

Con mucho gusto atenderemos sus peticiones o consultas a nuestra oficina. Por favor recuerde nuestro centro de atención a los pacientes solo puede hacer seguimiento a peticiones sin emergencia. Las llamadas telefónicas, textos o emails recibidos serán respondidos en el orden en que fueron recibidos en las siguientes 24-48 horas. En caso de emergencia, por favor llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

CONSENTIMIENTO PARA CORREO, LLAMADA, TEXTO O CORREO ELECTRÓNICO:

- En caso de emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana. No use esta forma de comunicación para ese propósito.
- Para poder mantener una comunicación fluida con Usted acerca de su cita, resultados, avisos y comunicaciones; necesarias para su efectivo tratamiento y asegurar una fluida e interrumpida comunicación con nuestra oficina, necesitamos las diferentes vías de comunicación disponibles para poder tener contacto con Usted. No se enviará ningún material de promoción de marketing, las comunicaciones se harán solamente con fines estrictamente necesarios. Este formulario se utiliza para obtener su consentimiento para comunicarse con usted por correo, correo electrónico, llamadas, mensaje de texto móvil con respecto a su Información de salud protegida. MY ENDO HEALTH, (MEH) ofrece a los pacientes la oportunidad de comunicarse por correo electrónico / mensajes de texto móviles. MEH utilizará medios razonables para proteger la seguridad y la confidencialidad de la información de correo electrónico / mensajes de texto enviados y recibidos. Sin embargo, MEH no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de la comunicación por correo electrónico / mensajes de texto móviles y no será responsable de la divulgación involuntaria de información confidencial. Reconozco que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos asociados con la comunicación de mensajes de correo electrónico / mensajes de texto móviles entre MEH y yo y doy mi consentimiento para las condiciones descritas en este documento. Cualquier pregunta que pudiera tener fue respondida.
- Por la presente autorizo a My Endo Health, LLC o a mi médico a que me envíen por correo, llamen, envíen mensajes de texto o correos electrónicos con comunicaciones sobre mi atención médica, que incluyen, entre otros, recordatorios de citas, resultados de laboratorio, y otras comunicaciones.

He leído todos los terminos y condiciones. Autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra información necesaria para procesar mis reclamos con el Seguro. Autorizo el pago de beneficios médicos al Dr. Marco Fiore, MD o proveedor por los servicios prestados. Entiendo que independientemente de cualquier cobertura medica que tenga, soy responsable por el pago del monto no cubierto por mi seguro.. Al firmar a continuación, reconozco que he recibido, entiendo y cumpliré con las políticas y procedimientos explicados en la oficina.

Firma: _____ Nombre(en letra de molde) _____ Date(M/D/A) _____

CANCELACIÓN TARDÍA, NO CONFIRMACIÓN, NO ASISTENCIA A LA CITA.

Entendemos que pueden surgir situaciones en las que debe cancelar su cita. Por lo tanto, es su responsabilidad cancelar su cita de forma inmediata. Debe proporcionar un aviso, a mas tardar 2 días hábiles antes de la visita. El doctor reservó su tiempo para Usted ese día. Cada vez que un paciente pierde una cita, se impide que otro paciente reciba atención. Por lo tanto, si no hay confirmación; MY ENDO HEALTH se reserva el derecho de cancelar su cita antes de las 2:00 pm del día anterior a su visita. Si hay una cancelación el mismo día o 'no presentación a la cita ' después de la confirmación, se aplicará una tarifa de \$ 40 por visitas al consultorio y \$ 70 por visitas de ultrasonido.

Esta tarifa no está cubierta por el seguro y debe pagarse antes de su próxima cita.

Gracias por su comprensión y cooperación, mientras nos esforzamos por atender mejor las necesidades de todos nuestros pacientes.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido este aviso y comprende esta política.

Firma

Nombre

Fecha

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI) y RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que se me ha proporcionado **MY ENDO HEALTH** "Aviso de prácticas de privacidad", y Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de Protección de información de salud según lo requiera y / o permita la ley.

Firma _____

Nombre : _____

Fecha: _____

* Se puede solicitar que muestre prueba del estado de representante.

PLANILLA DE INFORMACIÓN MÉDICA - POR FAVOR, COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN

NOMBRE: _____

ENFERMEDADES PREVIAS (por ej. hipertensión, diabetes, enfermedad cardíaca) y fecha del diagnóstico

HOSPITALIZACIONES PREVIAS (con fechas)

CIRUGÍAS PREVIAS (con fechas)

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

Padre - Vivo? _____ Condiciones médicas _____

Madre - Viva? _____ Condiciones médicas _____

Hermanos(as) ? _____ Condiciones médicas _____

Hijos (as) - Cuantos? _____ Condiciones médicas _____

HISTORIA SOCIAL:

Fumas actualmente? _____ Si?, Cuántos cigarrillos al día? _____

Alguna vez has fumado? _____ Dejaste de fumar? Si?, Cuándo? _____

Tomas bebidas alcohólicas? _____ Si?, Qué tipo? Cerveza, Vino, Cocteles, otros _____

Cuántas bebidas al día? _____

AUTORIZACION PARA PROPORCIONAR INFORMACION SOBRE REGISTROS MEDICOS

Nombre Paciente: _____ SSN#: (ultimos 4 digitos) _____

Telefono #: _____ Fecha de Nacimiento (M/D/A) _____ / _____ / _____

Direccion: _____

Yo autorizo a MY ENDO HEALTH., a proporcionar la informacion de salud como se indica a:

Persona/ Organizacion: _____

Marque una opcion

FAX #: _____

Buscar de la Oficina : Direccion: 1 SW 129th Ave. Suite.105. Pembroke Pines. Fl. 33027.

By E-mail: con el propósito de medios alternativos de comunicación confidencial, el uso de lo siguiente:

Email Address: _____

MY ENDO HEALTH., (MEH) ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía correo electrónico. Transmitir información vía correo electrónico tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estos propósitos. MEH usara formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico. De todas formas, MEH no podrá garantizarle proteger confidencial y seguro la comunicación vía correo electrónico y no será en ninguna forma responsable si esta información confidencial es usada inadvertidamente por otros.

Yo comprendo haber leído y completamente entendido el consentimiento de esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación vía correo electrónico yo consiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me a sido respondida.

Record Médico Fechas Requeridas: _____

Propósito de Entrega: Marque una opción

Continuidad de la atención

Seguro

Legal

Uso Personal

Otros Propositos

Marque una opción

<input type="checkbox"/>	Record Completo	<input type="checkbox"/>	Reportes Radiología
<input type="checkbox"/>	Informes de Laboratorio	<input type="checkbox"/>	Reporte Patología
<input type="checkbox"/>	Reportes Operatorio	<input type="checkbox"/>	Otros (Especifique)

AUTORIZACIONES ESPECIFICAS

La siguiente información no puede ser revelada sin la específica autorización dada marcando la caja(s) siguientes

Abuso o Tratamiento de Droga/ Alcohol)

Resultado o Diagnostico VIH/ CIDA

Informacion de Pruebas Geneticas

Notas de Psicoterapia (Revelar Notas de Psicoterapia requiere una autorización por separado

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento excepto cuando la acción ya ha sido tomada. Esta autorización y consentimiento vencerá a un año de la firma del presente formulario. Su cuidado de salud (o pagos por el mismo) no podrán ser afectados con la firma de esta autorización. Una vez que su información sea entregada , la misma ya no estará resguardada por las leyes.

Firmado en Fecha: _____ / _____ / _____

Firma del Paciente o Representante Legal

Relación si No es el Paciente: _____

Nombre en Letra de Molde

** Si no es la firma del paciente, una copia de la documentación legal que verifique al representante personal del paciente DEBE acompañar la solicitud (es decir, un tutor designado por el tribunal o poder notarial duradero para la atención médica). **Si el paciente ha fallecido: un certificado de defunción o administrador del patrimonio debe acompañar a la autorización. Una orden judicial que designe a un fiduciario, o administrador o cartas de nombramiento recibidas del Tribunal Testamentario deben acompañar una autorización firmada por la persona nombrada. Si el patrimonio no ha sido legalizado, se requiere un certificado de defunción junto con los documentos que nombran al administrador del patrimonio.