

CARDIOVASCULAR &



HEART FAILURE CENTER

Carlos Orrego, MD, FACC

926 E McDowell Rd., Suite 203

Phoenix, AZ 85006

Phone: (623) 439-9494/ Fax: (623) 439-9495

6717 N. 59TH Ave.

Glendale, AZ 85301

GENERAL INFORMATION/INFORMACION GENERAL

Patient Name/ Nombre: _____

MALE/ HOMBRE FEMALE/ MUJER

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento _____

Age/ Edad _____

Address/ Domicilio _____

City/ Ciudad _____ Zip Code/ Codico Postal _____

 Home/ Casa _____  Cell/Celular _____

Single/ Soltero Married/ Casado

Occupation/ Tipo de Trabajo _____

In case of an emergency, who should we call?/ En caso de una emergencia, a quien llamamos?

Name/ Nombre _____

Relation to Patient/ Relacion de Paciente _____

Phone Number/ Numero de Telefono _____

Texas Cardiology & Wellness Center, PLLC DBA Cardiovascular & Heart Failure Center

Política Financiera De La Oficina

Nuestro objetivo es brindarle una atención médica de excelente calidad a costo razonable, y mantener una buena relación médico-paciente. Haciéndole saber de antemano nuestra política financiera, nos permite mantener una buena comunicación y alcanzar nuestro objetivo. Entienda que la responsabilidad financiera de los servicios médicos es entre usted y su plan de salud. Si bien le facturamos a su seguro como una cortesía para usted, no somos responsables de ninguna limitación en la cobertura que pueda estar incluida en su plan. Lea esto atentamente y si tiene alguna pregunta, no dude en consultar a un miembro de nuestro personal.

1. Según su plan de seguro, usted es responsable de todos los copagos, deducibles y coseguros en el momento del servicio.
2. Si no tiene seguro o si los servicios que se prestan no están cubiertos por su seguro, se espera que proporcione el pago completo en el momento en que se presten los servicios.
3. Si nuestros médicos no participan en su plan de seguro, se espera que usted realice el pago completo al momento de su visita al consultorio.
4. Es su responsabilidad conocer y comprender su plan de beneficios. Es su responsabilidad saber si se requiere una autorización o una referencia por escrito para ver a los especialistas, si se requiere una autorización previa antes de un procedimiento y que servicios están cubiertos.
5. Requerimos una notificación de cancelación de 24 horas antes de su cita programada. Hay un cargo de \$25 por cita no cancelada antes de 24 hours.
6. Si recibe un pago de su seguro por error, trabaje a nuestra oficina junto con cualquier otro documento relacionado.

He leído, entiendo y acepto mis obligaciones y responsabilidades.

Firma Del Paciente o Representante Autorizado

Date

(La firma electrónica es aplicable)

Estoy de acuerdo con todas las autorizaciones anteriores

Texas Cardiology & Wellness Center, PLLC DBA Cardiovascular & Heart Failure Center

Autorizaciones de pacientes

1. Consentimiento para el tratamiento

Por la presente doy mi consentimiento para la evaluación, exámenes clínicos y pruebas diagnósticas, y el tratamiento según lo indique mi médico o su representante.

_____ Iniciales

2. Asignación de beneficios del seguro médico / responsabilidad financiera del paciente

Por la presente autorizo el pago directo de mis beneficios del seguro médico a Texas Cardiology & Wellness Center PLLC DBA Cardiovascular & Heart Failure Center por los servicios prestados por esta institución. Entiendo que es mi responsabilidad conocer los beneficios de mi seguro y si mis beneficios cubren los servicios que debo recibir. Entiendo y acepto que seré responsable de cualquier saldo no cubierto por mi compañía de seguro Médico.

_____ Iniciales

3. Seguro y beneficios de Medicare / Medicaid

Solicito que el pago de Medicare / Medicaid o cualquier otra compañía de seguros se realice a nombre de Texas Cardiology & Wellness Center PLLC DBA Cardiovascular & Heart Failure Center. Autorizo la divulgación de cualquiera información de que estos programas puedan solicitar. Autorizo a cualquier proveedor a divulgar mi información médica a Medicare y Medicaid y sus agentes o compañía de seguros, y cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por servicios relacionados.

_____ Iniciales

4. Servicios de laboratorio / pruebas diagnósticas

Entiendo que puedo recibir una factura por separado si mi atención médica incluye laboratorio, servicios de diagnóstico. También entiendo que soy financieramente responsable de cualquier copago o saldo por estos servicios si mi seguro no me los reembolsa por ningún motivo.

_____ Iniciales

5. Autorización para divulgar información personal no pública y recibo la información de la Política de privacidad (HIPAA)

Certifico que he recibido y leído una copia de la Política de privacidad de la información del paciente. Por la presente autorizo al Texas Cardiology & Wellness

Center PLLC DBA Cardiovascular & Heart Failure Center a divulgar cualquiera de mi información personal médica o incidental no pública que pueda ser necesaria para la evaluación, el tratamiento, la consulta o el procesamiento de los beneficios del seguro.

_____ Iniciales

No deseo que mi información se divulgue a ninguna persona _____ iniciales

Doy permiso para divulgar y discutir cualquier información relacionada con mi (s) condición (s) médica (s) a / con los siguientes miembros de la familia, otros parientes y / o amigo (s) personal (es) cercano (s):

_____ Iniciales

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____

6. Autorización para recibir correo, llamadas o correo electrónico

Certifico que entiendo los riesgos de privacidad del correo, llamadas telefónicas y correo electrónico. Por la presente autorizo a un representante o a mi médico a enviarme por correo, llamarme o enviarme un correo electrónico con comunicaciones sobre mi atención médica, que incluyen, entre otras cosas, recordatorios de citas, acuerdos de remisión y resultados de laboratorio. Comprendo que tengo derecho a rescindir esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito al Texas Cardiology & Wellness Center.

He completado este formulario con información precisa. He leído y entiendo mis obligaciones y responsabilidades. Reconozco que soy completamente responsable de proporcionar la información correcta sobre el seguro médico, la información de facturación y el pago de cualquier servicio que no esté cubierto o aprobado por mi compañía de seguros.

Firma del paciente o representante autorizado
(la firma electrónica es aplicable)

Fecha

Estoy de acuerdo con todas las autorizaciones anteriores

HIPAA Privacy Authorization Form

Authorization for Use or Disclosure of Protected Health Information

(Required by the Health Insurance Portability and Accountability Act, 45 C.F.R. Parts 160 and 164)

1. Authorization

I authorize _____ (healthcare provider) to use and disclose the protected health information described below to Cardiovascular & Heart Failure Center (individual seeking the information). Dr. Orrego

2. Effective Period

This authorization for release of information covers the period of healthcare from:

A. _____ to _____ OR

B. All past, present, and future periods.

3. Extent of Authorization

A. I authorize the release of my complete health record (including records relating to mental healthcare, communicable diseases, HIV or AIDS, and treatment of alcohol or drug abuse). OR

B. I authorize the release of my complete health record with the exception of the _____ of the following information:

_____ Mental health records

_____ Communicable diseases (including HIV and AIDS)

_____ abuse treatment

_____ Other (please

specify): _____

