

Orthopaedic Center of South Florida

Fecha: ____/____/____

N.º de cuenta: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ N.º de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Médico de atención primaria: _____

Médico que lo remitió: _____

¿Su mano hábil es la derecha ____ o la izquierda ____?

¿Por qué hoy viene al consultorio del médico? ¿Dónde le duele? _____

Si tiene dolor, ¿qué tan intenso es según una escala del 1 al 10? _____

¿Experimenta alguna alteración del funcionamiento intestinal o vesical relacionada con esto? ____ SÍ ____ NO

¿El dolor lo despierta mientras duerme? ____ SÍ ____ NO

¿El dolor es resultado de una lesión? ____ SÍ ____ NO

En caso afirmativo, ¿cómo se lesionó?

____ ME CAÍ ____ EN UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO ____ EN UN ACCIDENTE LABORAL

____ HACIENDO DEPORTE ____ ME RESBALÉ Y CAÍ

Describe el incidente: _____

Fecha del accidente o el comienzo, si corresponde: ____/____/____

¿Fue a la sala de emergencias? (En caso afirmativo, indique dónde) _____

¿Tuvo algún problema anterior en esta misma parte del cuerpo? _____

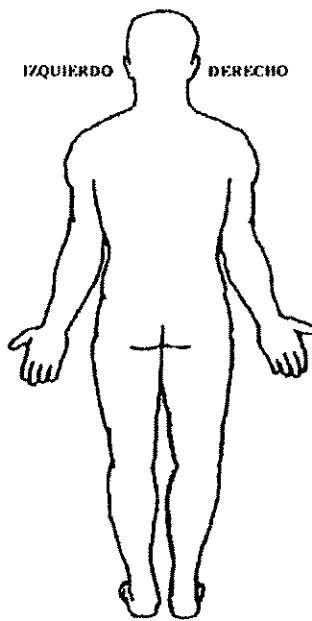
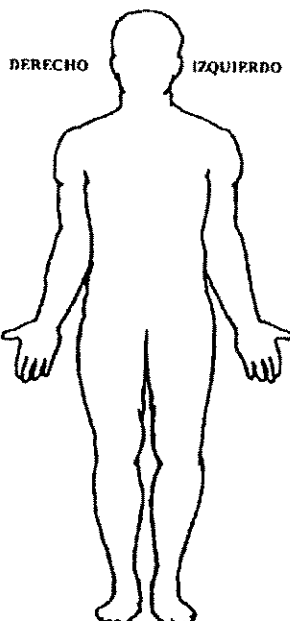
¿Actualmente experimenta alguna debilidad en el brazo o la pierna? ____ SÍ ____ NO

Marque las áreas del cuerpo donde experimente las sensaciones descritas. Utilice los símbolos adecuados. Marque el área de irradiación. Incluya todas las áreas afectadas.

Entumecimiento = = = = Sensación punzante OOOO Ardor XXXX Dolor lacerante ////

DE FRENTE

DE ESPALDAS



Orthopaedic Center of South Florida

Política financiera y cesión de beneficios

El propósito de este formulario es ayudar a nuestro(s) paciente(s) a comprender la Política financiera de Orthopaedic Center of South Florida, PA (OCSF), dar su consentimiento para el tratamiento y aceptar la responsabilidad financiera por los servicios prestados por OCSF.

SE ESPERA EL PAGO AL MOMENTO DEL SERVICIO

OCSF acepta los siguientes tipos de pagos: Efectivo, cheques personales, las principales tarjetas de crédito (es decir, American Express, Discover, MasterCard y Visa) y Care Credit sin intereses durante 6 meses.

Conversión de cheques electrónicos: Cuando proporciona un cheque como pago, autoriza a OCSF a usar la información de su cheque personal para realizar un pago único como transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés). Tenga en cuenta que cuando usamos esta información para procesar una EFT, los fondos pueden retirarse de su cuenta el mismo día que recibimos su pago.

Cargo por cheque devuelto: La devolución de un cheque en papel/EFT emitido a OCSF resultará en un cargo por cheque devuelto determinado al momento del procesamiento. El cargo se calculará con base en la cuenta del paciente por quien se presentó el cheque, sin importar el motivo. A la cuenta de cada paciente SOLO se le permitirán dos cheques/EFT devueltos, después de lo cual ya no se aceptará el pago con cheque/EFT. Se enviará una notificación por escrito sobre cómo resolver el cheque/EFT devuelto al hacedor del cheque/EFT y a la persona cuya cuenta se vio afectada. Además, se realizará una retención en la cuenta del paciente hasta que se haya resuelto el cheque/EFT devuelto.

Todos los pacientes están obligados y son responsables de lo siguiente:

- Traer cualquier Remisión y/o Autorización exigida por su seguro de salud, ya sea Primario o Secundario, para los servicios prestados
- Proporcionar a OCSF una dirección residencial actual y un seguro actualizado, cuando sea necesario
- Pagar el copago, deducible y/o coseguro al momento del servicio según lo designado por la compañía de seguros
- Pagar cualquier saldo anterior al momento del servicio

PACIENTES CON MEDICARE:

Si un paciente es miembro de Medicare, el paciente será responsable de revisar y firmar el Aviso anticipado al beneficiario 'ABN, por sus siglas en inglés' de Medicare para los servicios no cubiertos o no considerados médicamente necesarios por Medicare, incluidos aparatos ortopédicos, inyecciones, etc. Si el paciente no tiene un seguro secundario, se requiere que se pague un coseguro del 20% al momento del servicio. El paciente debe notificar a OCSF si está inscrito en cualquier HMO/PPO.

PACIENTES CON ACCIDENTE EN VEHÍCULO MOTORIZADO:

Si está relacionado con un accidente en vehículo motorizado, el paciente debe informar el accidente a su propia compañía de seguros de automóviles dentro de los 14 días posteriores a la fecha del accidente y proporcionar a nuestro consultorio el número de reclamación. Si el paciente no tiene un seguro de automóvil, debe informar el accidente al seguro de automóvil de su hogar dentro del mismo plazo. Si presentamos el seguro de salud del paciente como cobertura secundaria, se espera el copago, deducible y/o coseguro al momento del servicio. Si el paciente no está asegurado por ninguna póliza de seguro, puede calificar para una tarifa con descuento. Sin embargo, al momento en que se contrata a un abogado, OCSF espera que se paguen los cargos completos de cualquier acuerdo y se requerirá una Carta de Protección. Si el abogado no paga a OCSF, el paciente será responsable del saldo hasta el(los) cargo(s) completo(s) de OCSF.

PACIENTES CON ACCIDENTE CON RESPONSABILIDAD:

Si está relacionado con un accidente de resbalón y caída, se puede presentar el seguro de salud del paciente y el paciente es responsable del copago, coseguro y/o deducible al momento del servicio. Si el paciente no está asegurado por ninguna póliza de seguro, puede calificar para una tarifa con descuento. Sin embargo, al momento en que se contrata a un abogado, OCSF espera que se paguen los cargos completos de cualquier acuerdo y se requerirá una Carta de Protección. Si el abogado no paga a OCSF, el paciente será responsable del saldo hasta el(los) cargo(s) completo(s) de OCSF.

PACIENTES CON COMPENSACIÓN POR ACCIDENTE LABORAL:

El paciente recibirá tratamiento por una lesión con Compensación por accidente laboral siempre que estemos autorizados como médico(s) tratante(s). Una vez que el paciente alcanza la MMI (mejora médica máxima), el paciente será responsable del copago designado por la Compensación por accidente laboral. Si el caso se resuelve, no podemos presentar reclamaciones futuras a la

Compensación por accidente laboral, por lo tanto, el paciente deberá proporcionarnos la información de su seguro de salud.

PROCEDIMIENTOS DE FACTURACIÓN Y COBRO:

Si es elegible para los beneficios del seguro, debe entenderse que el acuerdo es entre el paciente y su seguro de salud. El paciente es responsable de pagar por nuestros servicios independientemente del estado con su compañía de seguros. OCSF presenta reclamaciones de inmediato a la compañía de seguros por los servicios prestados como cortesía al paciente. Si hay un saldo del paciente, los estados de cuenta se envían por correo mensualmente, por un período que no excede los tres (3) meses. Cualquier saldo adeudado más allá de los 90 días puede estar sujeto a un cargo financiero del 20%. OCSF se reserva el derecho de usar una agencia de cobro externa en un intento de cobrar cualquier saldo pendiente del paciente, y se pueden agregar cargos por cobro.

OTRAS ENTIDADES:

Durante el curso de su tratamiento, el paciente puede ser remitido a otras instituciones para pruebas de diagnóstico, análisis de laboratorio, equipo médico duradero y/o terapia. Estas remisiones se basan únicamente en la necesidad médica y nuestra afiliación con estas instituciones se basa en brindar a nuestros pacientes atención médica profesional y de la más alta calidad posible. Los comentarios sobre la experiencia de los pacientes en estas instituciones se usarán para modificar y mejorar el proceso de remisión. Este aviso servirá para informar a nuestro(s) paciente(s) que OCSF participa como socio en los Centros que se indican a continuación y que la firma del paciente reconoce que ha recibido esta información.

Los Centros son los siguientes:

- Memorial Same Day Surgery Center West
- Outpatient Surgical Services
- ParkCreek Surgery Center
- Weston Outpatient Surgery Center

OCSF hará todo lo posible para remitir a nuestro(s) paciente(s) a un centro que participe con el plan de seguro del paciente; sin embargo, en última instancia, es responsabilidad del paciente averiguar si el centro participa con su compañía de seguros. OCSF no será responsable de ninguna remisión de un centro no participante.

CESIÓN DE BENEFICIOS:

El paciente que suscribe cede los beneficios del seguro a OCSF por los servicios prestados. El proveedor médico acuerda aceptar la cesión irrevocable de los beneficios por los servicios prestados al paciente. Una fotocopia de esta cesión se considerará válida como original.

DIRECCIÓN DE PAGO:

El paciente que suscribe ordena a su seguro de salud que pague directamente a OCSF por los servicios prestados. En caso de que el seguro de salud le pague directamente al paciente, el paciente acepta endosar y entregar el pago a OCSF de inmediato.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

El paciente que suscribe autoriza a OCSF a proporcionar al seguro y/o a los socios comerciales toda la información que pueda ser necesaria para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:

Acepto el tratamiento de cualquier médico de OCSF y/o cualquier proveedor en el personal. Si el paciente es menor de 18 años, por la presente doy mi permiso y consentimiento para que el paciente reciba tratamiento por parte de un médico de OCSF.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA:

Certifico que he leído, comprendo y acepto los términos y condiciones indicados en este formulario, y además acepto la responsabilidad financiera por los servicios y/o artículos prestados o dispensados por OCSF considerados como responsabilidad del paciente.

Nombre del paciente

Firma del paciente (si es menor de edad, firma del padre/madre/tutor)

Fecha

Orthopaedic Center of South Florida
Reconocimiento y consentimiento

Al firmar a continuación, reconozco que se me ha entregado una copia de este aviso sobre las prácticas de privacidad y, por lo tanto, se me ha notificado sobre cómo el grupo médico que figura al comienzo de este aviso podría usar y divulgar la información médica sobre mí, y cómo puedo obtener acceso a esta información y controlarla. Reconozco y comprendo que puedo solicitarle a mi proveedor de atención médica copias de avisos separados donde se explican las protecciones especiales de privacidad que se aplican a la información relacionada con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la información sobre el tratamiento del abuso del alcohol y de sustancias, la información sobre la salud mental y la información genética. Finalmente, al firmar a continuación, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica para brindarme tratamiento y coordinar mi atención médica, exigir y recibir el pago de los servicios que se me prestan, y para las operaciones de negocio del grupo médico, su personal y sus asociados comerciales.

Nombre del paciente

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Descripción de la autoridad del representante personal

Para uso exclusivo del consultorio

Intentamos obtener el acuse de recibo por escrito de nuestro aviso sobre las prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener debido a lo siguiente:

_____ La persona se negó a firmar

_____ Se presentaron barreras de comunicación que impidieron obtener el acuse de recibo

_____ Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo

_____ Otro: _____

Orthopaedic Center of South Florida
Consentimiento para el uso y la divulgación de información médica

Sección A: Paciente que otorga el consentimiento

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ N.º de seguro social: _____

Sección B: Para el paciente

Lea con atención las siguientes declaraciones

Propósito del consentimiento: al firmar este formulario, usted otorga su consentimiento para que utilicemos su información médica protegida para realizar el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica.

Aviso sobre las prácticas de privacidad: tiene derecho a leer nuestro aviso sobre las prácticas de privacidad antes de decidir si firmará este consentimiento o no. En nuestro aviso, se presenta una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica; los usos y divulgaciones que podríamos hacer de su información médica protegida; y otros asuntos importantes con respecto a su información médica protegida. Una copia de nuestro aviso acompaña a este consentimiento. Le recomendamos que la lea con atención y en su totalidad este consentimiento antes de firmarlo.

Nos reservamos el derecho a modificar nuestras prácticas de privacidad según lo que se describe en nuestro aviso sobre las prácticas de privacidad. Si modificamos nuestras prácticas de privacidad, publicaremos un aviso sobre las prácticas de privacidad revisado, que incluirá las modificaciones. Estas modificaciones podrían aplicarse a toda información médica protegida que conservemos.

Puede obtener una copia de nuestro aviso sobre las prácticas de privacidad, incluidas las revisiones del aviso, en cualquier momento comunicándose con:

Robin Fielding, CEO
600 South Pine Island Road, Suite 300, Plantation, FL 33324
Teléfono: (954) 473-6344 Fax: (954) 476-9077

Derecho a la revocación: tiene derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento enviando un aviso por escrito de su revocación a la persona de contacto que se indica arriba. Comprenda que la revocación de este consentimiento no afectará las medidas que hayamos tomado en virtud de este consentimiento antes de que recibiéramos su revocación, y que podríamos negarnos a darle tratamiento o continuar dándole tratamiento si revoca este consentimiento.

Reconocimiento:

Yo, _____, he tenido una oportunidad plena de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y su aviso sobre las prácticas de privacidad. Comprendo que, al leer este formulario de consentimiento, doy mi consentimiento para que utilicen mi información médica protegida para realizar los tratamientos, las actividades de pago y las operaciones de atención médica.

Firma _____

Fecha _____



**Autorización para el uso, la divulgación y la liberación
de información médica**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de cuenta: _____

Por la presente, autorizo a:
Orthopaedic Center of South Florida
600 South Pine Island Road
Plantation, FL

A liberar información:

Nombre/parentesco con el paciente

Nombre/parentesco con el paciente

INFORMACIÓN PARA LIBERAR:

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Notas de progreso/notas del proveedor | ☐ Informes/resultados de laboratorio | ☐ Resultados de pruebas de diagnóstico |
| ☐ Notas de consultas | ☐ Recetas | ☐ Información relacionada con el VIH |
| ☐ Información sobre la salud conductual | ☐ Información sobre el abuso de alcohol o drogas | |

RECONOCIMIENTO DE COMPRENSIÓN:

- Comprendo que la fecha de vencimiento de esta autorización es un (1) año a partir de la fecha de la firma.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a la organización proveedora por escrito y que la revocación entrará en vigor en la fecha de la notificación, salvo en la medida en que ya se hayan tomado acciones a partir de ella.
- Entiendo que la información usada o divulgada según esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por las normas federales de privacidad.
- Entiendo que este consentimiento para la liberación de información sobre abuso de alcohol o drogas está sujeto a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que el programa o la persona que hará la divulgación ya haya actuado en función de ella.
- Entiendo que una fotocopia o fax de este formulario es equivalente al original.

Firma del paciente

Fecha

Testigo

Fecha