

Apache Foot & Ankle Specialists

4840 S. Fort Apache Rd. # 101
Las Vegas, NV 89147
Phone: (702) 362-2622
Fax: (702) 362-0422

2980 St. Rose Parkway Ste. 140
Henderson, NV 89052
Phone: 702-722-6633
Fax: 702-722-6634

TTY/TDD 800-969-6853

AVISO A NUESTROS PACIENTES

Aunque participamos con la mayoría de los planes seguro, **usted como el partido asegurado o paciente es responsable de los copagos, deducibles y los servicios no cubiertos, que se describen, en su seguro beneficiará plan.**

Esto también se aplica a cualquier servicio de hospital para pacientes ambulatorios tales como cirugía, pruebas y trabajo de laboratorio.

Intentaremos notificarte sobre sus beneficios en el momento del servicio, pero siempre hay excepciones, que no pueden ser conocidas hasta que el proyecto de ley se somete a su compañía de seguros. Si usted tiene preocupaciones específicas, por favor háganoslo saber y nosotros intentaremos ayudarle o puede comunicarse con su compañía de seguros directamente con cualquier pregunta.

Con su firma son exceptuando responsabilidad por sus gastos médicos como se indica en su plan de beneficios seguros.

FECHA FIRMA DEL PACIENTE/ASEGURADO

FECHA

COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____ **OFICINA VISITAS POR PAGAR Y N**

Oficina visita copago: _____

PLANTILLAS Y N

Copago de procedimiento: _____

Deducible: _____

* PAGO DE COPAGOS Y CUALQUIER SALDOS PENDIENTES SE ESPERA EN EL TIEMPO DE SERVICIO A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO

Apache Foot & Ankle Specialists

4840 S. Fort Apache Rd. # 101
Las Vegas, NV 89147
Phone: (702) 362-2622
Fax: (702) 362-0422

2980 St. Rose Parkway Ste. 140
Henderson, NV 89052
Phone: 702-722-6633
Fax: 702-722-6634

TTY/TDD 800-969-6853

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Apellido del paciente:	Primer Nombre	Int media:
<hr/>		
Fecha de nacimiento:	edad:	sexo:
		M F
		Estado civil:
		Single/Casado/ Divorciado/Viudo
<hr/>		
Dirección:	Ciudad	estado
		código postal
<hr/>		
Número de teléfono:	Número de celular:	Numero De Trabajo:
()	()	()
<hr/>		
Número de seguro social (No es opcional) __ Usted __ Otro, por favor especifique nombre completo: _____		
(Si menor de 18 años, padre o tutor legal SSN #) _____		
Dirección de correo electrónico: _____		
Empleador	Ocupacion	dirección

¿Cómo fueron referidos a nosotros?

INFORMACIÓN SEGURO

Seguro primario

Nombre del suscriptor:	número de identificación:	número de Grupo:
<hr/>		
Fecha de nacimiento	número de teléfono	dirección de correo

Seguro secundario

Nombre del suscriptor:	número de identificación:	número de Grupo:
<hr/>		
Fecha de nacimiento	número de teléfono	dirección de correo

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del Local amigo o pariente (No vive en la misma dirección)	casa teléfono	trabajo teléfono
--	---------------	------------------

La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo a mi seguro beneficios serán pagados directamente al médico. Entiendo que soy responsable económicamente de cualquier saldo. También autorizo Apache pie y tobillo especialistas o compañía de seguros para liberar cualquier información necesaria para procesar mis reclamos.

Firma del paciente fecha (If menor de 18 años, los padres o tutor legal firma)

Fecha

Apache Foot & Ankle Specialists

4840 S. Fort Apache Rd. # 101
Las Vegas, NV 89147
Phone: (702) 362-2622
Fax: (702) 362-0422

2980 St. Rose Parkway Ste. 140
Henderson, NV 89052
Phone: 702-722-6633
Fax: 702-722-6634

TTY/TDD 800-969-6853

HISTORIA DEL PACIENTE

Patient Name: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alergias medicamentos: _____ Reacción: _____

Otras alergias: _____ Reacción: _____

POR FAVOR HAGA UNA (X) POR ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES QUE TENGA O HAYA TENIDO EN EL PASADO:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad De Corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñón | <input type="checkbox"/> Trastorno de la columna Lumbar |
| <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Enfermedad Intestinal | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza severos |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Cáncer (pasado o presente) | <input type="checkbox"/> Tuberculosis/TB |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Pulmón | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedades de Músculos |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Coágulos De Sangre | <input type="checkbox"/> Problemas Mentales |
| <input type="checkbox"/> Hipoglucemia (glucosa baja) | <input type="checkbox"/> Tendencia de sangrar | <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Estomacal | <input type="checkbox"/> Incautación(Convulsiones) | <input type="checkbox"/> Problemas con dormir |
| <input type="checkbox"/> Deterioro de Nervio | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la próstata, vejiga o de riñón | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Coyuntura |
| <input type="checkbox"/> Desorden de la Espina Dorsal | | |

Otro _____

MEDICACIONES ACTUALES (incluya medicinas que no es por prescripción)

- | | | | |
|-------------|---------------------|--------------|---------------------|
| 1) _____ MG | Cuantas Veces _____ | 7) _____ MG | Cuantas Veces _____ |
| 2) _____ MG | Cuantas Veces _____ | 8) _____ MG | Cuantas Veces _____ |
| 3) _____ MG | Cuantas Veces _____ | 9) _____ MG | Cuantas Veces _____ |
| 4) _____ MG | Cuantas Veces _____ | 10) _____ MG | Cuantas Veces _____ |
| 5) _____ MG | Cuantas Veces _____ | 11) _____ MG | Cuantas Veces _____ |
| 6) _____ MG | Cuantas Veces _____ | 12) _____ MG | Cuantas Veces _____ |

HÁBITOS PERSONALES

¿Bebes las bebidas con cafeína (café, té, refrescos)? ¿_____ Ingesta diaria? _____ Años de uso: _____
¿Consume bebidas alcohólicas? _____ bebidas () () semana, mes (). Años de uso: _____ verdad fumar o mascar tabaco? _____ / día.
Años de uso: _____. ¿Si no, utilice cualquier nicotina previo? _____ Años de uso: _____

COMANDANTE SURGIRES

Fecha aproximada: _____ cirugía: _____
Fecha aproximada: _____ cirugía: _____
Fecha aproximada: _____ cirugía: _____
Fecha aproximada: _____ cirugía: _____

¿QUÉ PROBLEMA (S) ESTÁ SIENDO VISTO POR HOY?

Apache Foot & Ankle Specialists

4840 S. Fort Apache Rd. # 101
Las Vegas, NV 89147
Phone: (702) 362-2622
Fax: (702) 362-0422

2980 St. Rose Parkway Ste. 140
Henderson, NV 89052
Phone: 702-722-6633
Fax: 702-722-6634

TTY/TDD 800-969-6853

Informacion De Farmacia

Farmacia _____
Domicilio _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Numero de Telefono _____ Numero De Fax _____
Calles _____

Autorizacion de archivo Medico

Yo, _____, Autorizo a Apache Foot and Ankle Specialists que realize mi archivo medico a :

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____

Firma de Paciente

Fecha de Nascimento

Fecha

Poliza De Pago

Apache Foot & Ankle Specialists

4840 S. Fort Apache Rd. # 101
Las Vegas, NV 89147
Phone: (702) 362-2622
Fax: (702) 362-0422

2980 St. Rose Parkway Ste. 140
Henderson, NV 89052
Phone: 702-722-6633
Fax: 702-722-6634

TTY/TDD 800-969-6853

Todos los pagos para visitas seran obligatorio al tiempo del servicio.

BALANCES MENOS DE \$100.00

Todos los balances menos de **\$100.00** Tendran que ser pagados **en su totalidad** de **30 dias** de la **fecha de factura original**. Habra un cargo de \$25.00 de recargo cada vez que la factura sea enviada por la factura original.

BALANCES MAS DE \$100.00

Todos los balances mas de **\$100.00** Tendran **que ser pagados** en su totalidad de **90 dias** de la **fecha de la factura original**. Los arreglos de pago son los siguientes:

30% del balance en 30 dias

30% del balance en 60 dias

Restante del balance en 90 dias

RESPONSABILIDADES FINANCERAS DEL PACIENTE:

Usted es responsable por todos los pagos y co-pago al tiempo de rendir los servicios .Pagos por su deductibles, y sus co-aseguransa, se determinara por su contrato de su compañia de su seguros, todo tendrá que ser pagado en su totalidad como establece la poliza de pago. Muchas companias de seguro tienen estipulaciones que pueden afectar su cobertura. Usted es responsable por cualquier monto que no sea cubierto por su compañia de seguro. Si su compañia de seguro renega a cualquier cargo de su reclamo medico sometido, usted será responsable por su cuenta, en el balance total. Es la responsabilidad del asegurado que sepa su cobertura, y su co-aseguransa de su plan medico.

He leído la poliza, en relación con mi responsabilidades finacera para **APACHE FOOT & ANKLE SPECIALISTS PLLC**, Por proveer los servicios para el paciente nombrado abajo o para mi. Yo certifico que toda la información de el nombrado ,en recuerdo de la poliza de seguros, pagos ,y dirección ,y numero de teléfono, es correcto y verdadero. Yo autorizo a mi seguro pagar cualquier beneficio medico de mi parte a **APACHE FOOT & ANKLE SPECIALISTS PLLC**. Yo acepto pagarle a **APACHE FOOT & ANKLE SPECIALISTS PLLC** el total monto de la cuenta medica, si aplicable cualquier monto de la cuenta que se pase de fecha de facture sera mandada a coleccion por pago no recibido.

Firma _____
(relacion al paciente: **Paciente** **GUARDIAN** Otro: _____)

Nombre de Paciente (molde): _____

FECHA: _____

PACIENTE RESPONSABILIDAD

Apache Foot & Ankle Specialists

4840 S. Fort Apache Rd. # 101
Las Vegas, NV 89147
Phone: (702) 362-2622
Fax: (702) 362-0422

2980 St. Rose Parkway Ste. 140
Henderson, NV 89052
Phone: 702-722-6633
Fax: 702-722-6634

TTY/TDD 800-969-6853

1 : Pago de deducibles, copagos, co-ins o servicios de efectivo se espera en el momento del servicio. Aceptamos efectivo, crédito y Care Credit. Los que quedaron sin pagar se enviarán a las colecciones, y usted será responsable por la cuota del acumulado de nuestra empresa de cobro de.

2: veinticuatro 24 horas aviso se requiere para la cancelación de todas las citas. Fracaso para cancelar una cita dentro de este marco de tiempo o el fracaso para mostrar una cita programada tendrá como resultado es un cargo de **\$50,00** ser añadido a tu cuenta.

3: habrá un cargo de **\$25,00** para todo el papeleo que necesita ser llenado por el médico. Esto incluye cualquier forma dada por su empleador, compañía de seguros, o invalidez.

4: tener un seguro no es garantiza que los servicios prestados serán pagados por su seguro. Se le facturará por denegado/no-cubiertas/o servicios sin pagar. En última instancia, es responsabilidad del paciente para entender su cobertura de seguros o planes.

5: es **su** responsabilidad saber qué médicos o servicios están cubiertos por su póliza de seguro. Se espera para pagar los servicios no cubiertos por su seguro.

6 : Se requieren copias de todas las tarjetas de seguros válidas en orden para nosotros facturar a su seguro. Si no tienes esto en el momento de su visita le podrá solicitar ser reprogramar la visita hasta el momento en que usted puede proporcionar prueba de seguro, o se le pedirá que pagar por su visita en su totalidad en el momento del servicio.

7 : Si su seguro requiere una remisión de su PCP para ver a un especialista, es **su** responsabilidad obtener esto y brindar nuestra oficina con una copia. Si no tienes una copia de su referido se le pedirá que reprogramar su visita hasta que se obtiene la remisión o se le pedirá que pagar por servicios en su totalidad antes de ver al doctor.

8 : Si su compañía de seguros le niega su reclamo porque necesitan obtener información adicional de usted o uno de sus proveedores, es **su** responsabilidad asegurarse de que su compañía de seguros recibe esta información. Si no proporciona esta información a su compañía de seguros y su demanda sigue siendo negado, se espera que pagar por estos servicios.

9 : Solicitud de registros médicos cualquier/todos se cobrarán a \$.60 centavos la página y \$3.00 para todas las imágenes de rayos x.

OTRA RESPONSABILIDAD DE PACIENTE

Identificación con foto esto requiere nuestra manera de asegurarnos de que estamos tratando al paciente correcto. Si el paciente es menor de edad será necesario identificación con foto de un padre o tutor. Si no puede proporcionar esta información, tendremos que volver a programar su cita.

Patient Name: _____ Fecha: _____

Patient Signature: _____
(Si es menor de 18 años, los padres o tutor es que firma)

CONSENTIMIENTO PACIENTE

Apache Foot & Ankle Specialists

4840 S. Fort Apache Rd. # 101
Las Vegas, NV 89147
Phone: (702) 362-2622
Fax: (702) 362-0422

2980 St. Rose Parkway Ste. 140
Henderson, NV 89052
Phone: 702-722-6633
Fax: 702-722-6634

TTY/TDD 800-969-6853

Nombre Del Paciente _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE:

Entiendo que, bajo la ley de rendición de cuentas de 1996 (HIPAA) y Health Insurance Portability, tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será usado para:

- Dirigir, planificar y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de salud que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
Obtener información ▪ terceros pagadores
- Conducta profesional de la salud las operaciones normales tales como las evaluaciones de calidad y certificaciones de médico.

Firma Del Paciente: _____ Fecha: _____
(Si es menor de 18 años, los padres o tutor es que firma)

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:

I, el paciente, padre, tutor o garante, consentimiento al tratamiento para el paciente nombrado anteriormente por el médico, Apache Foot and Ankle Specialists, PLLC. Doy mi consentimiento para la publicación de información de salud protegida en orden ese Apache Foot and Ankle Specialists, PLLC puede dirigir, planificar y directamente el tratamiento, obtener de terceros pagadores y llevar a cabo las operaciones normales de salud. Entiendo que ningún lanzamiento más de información de salud protegida será permitido a menos que firme una autorización para divulgar información médica.

Divulgación de información protegida por las operaciones normales de salud incluye proporcionar esa información a su compañía de seguros con el fin de obtener pago o autorización de servicios, verificar la cobertura y los beneficios, o proporcionar información a otros proveedores en su tratamiento o cuidado. Información es divulgada en una necesidad de conocerla.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____
(Si es menor de 18 años, los padres o tutor es que firma)

CONSENTIMIENTO PARA MANDAR EL BILL A LA ASEGURANZA:

Yo autorizo a la presentación de cualquier indemnización en favor del paciente y el signo pago a Apache Foot and Ankle Specialists. Entiendo que soy responsable por los pagos de cargos incurridos independientemente de la cobertura del seguro.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____
(Si es menor de 18 años, los padres o tutor es que firma)

Apache Foot & Ankle Specialists

4840 S. Fort Apache Rd. # 101
Las Vegas, NV 89147
Phone: (702) 362-2622
Fax: (702) 362-0422

2980 St. Rose Parkway Ste. 140
Henderson, NV 89052
Phone: 702-722-6633
Fax: 702-722-6634

TTY/TDD 800-969-6853

NOTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA NUESTROS PACIENTES

A nuestros pacientes valorados:

El uso indebido de información Personal de salud (PHI) ha sido identificado como un problema nacional pacientes causando molestias, provocación y dinero. Queremos que sepas que de nuestros empleados, directivos y médicos, continuamente están sometidos a un entrenamiento para que puedan entender y cumplir con las reglas de gobierno y la regulación sobre la HIPAA con particular énfasis en las "normas de privacidad". Nos esforzamos por alcanzar los más altos estándares de la ética e integridad en el desempeño de los servicios para nuestros pacientes.

Es nuestra política para determinar correctamente los usuarios apropiados de PHI conforme a las reglas de gobierno, leyes y Reglamento. Queremos asegurarnos que nuestra práctica no contribuye en absoluto al creciente problema de la revelación inapropiada de la PHI. Como parte de este plan, hemos implementado un programa de cumplimiento que creemos que nos ayudará a evitar cualquier uso inadecuado de PHI.

También sabemos que no somos perfectos! Debido al hecho, nuestra política es escuchar a nuestros empleados y nuestros pacientes sin pensar de penalización si sienten que un evento de ninguna manera compromete nuestra integridad política. Más aún, damos la bienvenida su opinión con respecto a cualquier problema en el servicio para que nosotros podamos remediar la situación con prontitud.

Gracias por su tiempo y consideración. Si usted tiene preguntas, sienta por favor libre de llamar al número de arriba.

ESTA COPIA ES PARA QUE TI

Microsoft®
TranslatorX