

# Información del Paciente



Razón del Tratamiento: \_\_\_\_\_

Proveedor Remitente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros?  Proveedor  Amigo  Otro: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: Primero: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F Estado Civil:  Casado  Soltero  Divorciado  Viudo

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Casa #: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

Licencia de conducir #: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_

Idioma preferido:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Raza:  Asiático  Afroamericano  Blanco  Otro: \_\_\_\_\_

Origen étnico:  Hispano o latino  No hispano o latino  Rechazo a declarar

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE ASEGURANZA

Compañía de aseguradora primaria: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Nombre del titular: \_\_\_\_\_ Titular Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación del titular con el Paciente: \_\_\_\_\_ Tipo de plan:  HMO  PPO  POS  Medicare

(Si es HMO o POS) IPA/Nombre del grupo: \_\_\_\_\_ (Si es HMO o POS) Teléfono de IPA/grupo para autorizaciones: \_\_\_\_\_

Compañía de aseguradora secundaria: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Nombre del titular: \_\_\_\_\_ Titular Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación del titular con el Paciente: \_\_\_\_\_ Tipo de plan:  HMO  PPO  POS  Medicare

(Si es HMO o POS) IPA/Nombre del grupo: \_\_\_\_\_ (Si es HMO o POS) Teléfono de IPA/grupo para autorizaciones: \_\_\_\_\_

**\*\* Para nuestros pacientes: Pedimos a todos los pacientes que muestren sus tarjetas de aseguradora y una identificación con foto \*\***

Firma del Paciente o Representante Autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Su Perfil de Salud



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

## POR FAVOR ANOTE TODAS LAS ALERGIAS Y REACCIONES:

## HISTORIA DE SALUD:

### Cardiovascular

- Presión arterial alta
- Presión arterial baja
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Ataque al corazón
- Derrame cerebral / AIT
- Marcapasos o desfibrilado
- Enfermedad cardíaca
- A-Fib
- Otro: \_\_\_\_\_

### Endocrino

- Diabetes
  - Tipo I
  - Tipo II
- Enfermedad de la tiroides
  - Híper
  - Hipo
- Enfermedad de Graves
- Otro: \_\_\_\_\_

### Neurología

- Esclerosis múltiple
- Miastenia gravis
- Convulsiones
- Migrañas
- Enfermedad de Parkinson
- Derrame cerebral
- Otro: \_\_\_\_\_

### Alergia e inmunología

- Rinitis alérgica
- C I D P
- Primaria
  - Immunodeficiencia
- Lupus sistémico
  - Eritematoso
- Otro: \_\_\_\_\_

### Respiratorio

- E P O C
- Tos crónica
- Bronquitis
- Asma
- Enfisema
- Otro: \_\_\_\_\_

### Condiciones de la Piel

- Eczema
- Psoriasis
- Ronchas / Urticaria
- Otro: \_\_\_\_\_

### Musculoesquelético

- Osteoporosis
- Pérdida de sensación, hormigueo, entumecimiento
- Otro: \_\_\_\_\_

### Sangre / Inmunológico

- Anemia por deficiencia de hierro
- Hemofilia
- Moretones con facilidad
- VIH / SIDA
- Otro: \_\_\_\_\_

### Reumatología

- Gota
- Artritis reumatoide
- Psoriasis en placa
- Artritis psoriásica
- Otro: \_\_\_\_\_

### Mujeres

- Actualmente embarazada
- Hiperemesis
- Endometriosis
- Fibromas
- Otro: \_\_\_\_\_

### Gastrointestinal

- Enfermedad de Crohn
- Colitis ulcerosa
- ERGE / reflujo
- Otro: \_\_\_\_\_

### GU / Riñón Crónico Enfermedad

- Etapa 1
- Etapa 2
- Etapa 3
- Etapa 4
- Diálisis

### Psicológico

- Ansiedad
- Depresiones
- Otro: \_\_\_\_\_

### Cáncer

- Seno
- Próstata
- Otro: \_\_\_\_\_

## Continuación de su perfil de salud...



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

### MEDICAMENTOS / SUPLEMENTOS / VITAMINAS

Nombre:

Dosis:

Frecuencia:

Nombre:	Dosis:	Frecuencia:

Ver Adjunto

### CIRUGIAS:

Año:

Descripción:

Año:	Descripción:

### FUMAR / BEBER

¿Fumador?  No  Sí      ¿Ex fumador?  No  Sí      Pks/día: \_\_\_\_\_      Edad de dejar: \_\_\_\_\_

Cigarrillos    Cigarro    Vape    Exposición de segunda mano

¿Beber alcohol?  No  Sí      Tipo:  Vino  Cerveza  Otro      Bebidas por semana: \_\_\_\_\_

¿Drogas recreativas?  No  Sí      Tipo: \_\_\_\_\_      Frecuencia: \_\_\_\_\_

¿Dejar?  No  Sí      Edad de dejar: \_\_\_\_\_

¿Cafeína?  Café    Té    Bebidas energética      Cuantos por día? \_\_\_\_\_

# Continuación de su perfil de salud...



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

## HISTORIA FAMILIAR

**Madre:** Historial médico:

Viva     Edad fallecida: \_\_\_\_\_

Causa:

**Padre:** Historial médico:

Viva     Edad fallecida: \_\_\_\_\_

Causa:

# Póliza Financiera de IFH



Nos gustaría agradecerle por elegir Infusion for health como su proveedor de atención médica. Infusion for Health se compromete a brindarle la mejor atención médica posible. La siguiente información describe sus responsabilidades financieras relacionadas con el pago de servicios profesionales. Al firmar este documento, usted acepta los términos y condiciones descritos en nuestra póliza financiera.

## Para Nuestros Pacientes con Beneficios de Aseguranza Médico:

Participamos en la mayoría de los principales planes de salud. Tenemos contratos con muchas PPO, compañías de aseguranzas y agencias gubernamentales, incluido Medicare. Nuestra oficina comercial presentará reclamaciones por cualquier servicio prestado a un paciente que es miembro de uno de estos planes y lo ayudará de cualquier manera que podamos para ayudarlo a obtener sus reclamaciones pagadas. Es responsabilidad del paciente proporcionar toda la información necesaria antes de salir del consultorio. Si tiene aseguranza secundario, automáticamente presentaremos un reclamo ante ellos tan pronto como el proveedor principal ha pagado. Es posible que su compañía de aseguranzas necesite que proporcione cierta información directamente. Es tu responsabilidad para cumplir con su solicitud.

Traiga su tarjeta de aseguranza al momento de su cita.

Si está asegurado por un plan con el que hacemos negocios, pero no tiene una tarjeta de aseguranza con usted, el pago total se requiere cada visita hasta que podamos verificar su cobertura.

Si un paciente es miembro de un plan de aseguranza en el que no participamos, el pago total vence al tiempo de servicio.

**Si hay un cambio en su aseguranza, es su responsabilidad informarnos de este cambio de inmediato. La falta de comunicación en el cambio de aseguranza será su responsabilidad y requerirá un pago en su totalidad antes de que se realice el siguiente tratamiento.**

## Deducible / Coaseguro:

Requerimos el cobro de su deducible o coseguro aplicable, según lo requiera su aseguranza en el tiempo de servicio. Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheques o las siguientes tarjetas de crédito: Visa, MasterCard, Discover y American Express. Si no tiene el pago acordado, su cita puede ser reprogramado. Esta cantidad se calculará antes de su cita y se cobrará en el momento del servicio. Cualquier saldo pendiente en su cuenta, después de ajustar todas las responsabilidades de su seguro, será facturado a usted. **La inscripción en un programa de asistencia para el copago de medicamentos es la única excepción a esta póliza.**

## Renuncia a la Responsabilidad del Paciente:

Es póliza de Infusion for Health tratar a todos los pacientes de manera equitativa en relación con los saldos de las cuentas. El consultorio no renunciará, dejará de cobrar o descontará el coseguro, los deducibles u otros beneficios financieros del paciente. Responsabilidades de acuerdo con la ley estatal y federal, así como los acuerdos de participación con los pagadores. La responsabilidad financiera total o parcial solo se puede renunciar de acuerdo con la Caridad / Atención gratuita de la práctica póliza.

## Servicios No Cubiertos y Fuera de la Red:

Servicios médicos que su compañía de seguros considera no cubiertos, fuera de la red o no médicamente necesario será su responsabilidad.

## Cambios de Cobertura:

Si su aseguranza cambia, notifiquenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados a ayudarlo a recibir los máximos beneficios.

## Para Nuestros Pacientes sin Aseguranza Médico:

Si no tiene aseguranza médico grupal o individual, el pago de todos los servicios profesionales se espera en el momento de su visita. Tenga en cuenta que ofrecemos tarifas con descuento para pacientes sin aseguranza médico.

- **OPCIONES DEL PLAN DE PAGO:** Háganos saber si tiene dificultades para pagar su cuenta. Nosotros podemos ayudarlo estableciendo un plan de pago basado en sus dificultades financieras - llame al (800) 369-9165 para obtener ayuda.

## Llegadas Tardías:

Un paciente que llega más de 15 minutos después de su cita se considera que llega tarde. A la llegada tardía, no es considerada responsabilidad de Infusion for Health, serás reprogramado en el horario lo antes posible. Si el paciente llega más de 30 minutos tarde, la cita puede ser reprogramado.

## Continuación de Póliza Financiera de IFH PC...



### No Presentarse a la Cita:

Cualquier paciente que no llegue a una cita programada sin cancelar la cita al menos 24 horas antes de la hora programada se considera una "no presentación". **Por favor espere 24 hrs. para cambiar o cancelar su cita para evitar una tarifa de cancelación de \$50.00 por inyecciones o \$100.00 por infusiones.** Un paciente que no se presenta dos veces a las citas programadas se considera una ausencia crónica. Un paciente que no se presente tres veces puede ser despedido por Infusion for Health.

### Nombramiento de saldo moroso:

Los pacientes con un saldo atrasado deben realizar el pago total de los servicios futuros. Cuenta delinciente se define como un saldo del paciente **superior a 120 días** si el paciente no ha realizado ningún pago o buscó ayuda por dificultades económicas durante este tiempo. Si no se realiza dicho pago, los servicios pueden ser rechazados.

### Falta de Pago

Todos los saldos responsables del paciente que permanecen en mora después de 90 días, sin respuesta a nuestras solicitudes de pago, puede ser referido a una agencia de cobranza. Tenga en cuenta que si queda un saldo impago, usted y / o sus familiares inmediatos pueden ser dados de alta de esta práctica. Si esto ocurre, será se le notifica por correo regular y certificado que tiene 30 días para encontrar atención médica alternativa. Durante esos 30 días período, solo podremos atenderlo en caso de emergencia.

**Gracias por comprender nuestra póliza financiera. Háganos saber si tiene alguna pregunta o preocupaciones.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Aseguranza Responsabilidades



Si usted tiene....	Tu eres Responsable	Nuestro Personal
<b>Aseguranza Comercial</b> También conocido como indemnización, aseguranza "regular", cierto % dividido entre pacientes y las compañías de aseguranzas.	Para el pago de la responsabilidad del paciente por todos infusión, inyección o cualquier otro cargo. <b>Este es solicitado en el momento de la visita al consultorio.</b>	Llame a su compañía de aseguranza de antemano para determinar deducibles y coaseguro. Presentar una reclamación de aseguranza como cortesía hacia usted.
<b>Planes PPO con los que temenos un con contrato.</b>	Si los servicios que recibe están cubiertos por el plan: <b>Todos los deducibles y coaseguros aplicables se solicitan en el momento de la visita al consultorio.</b> Si los servicios que recibe no están cubiertos por el plan: El pago total se solicita en el momento de la visita.	Llame a su compañía de aseguranza de antemano para determinar deducibles, coaseguros y servicios no cubiertos para usted. Presentar un reclamo de aseguranza en nombre de usted.
<b>Plan de Punto de Servicio o PPO Fuera de la Red</b>	Para el pago de la responsabilidad del paciente-deducible, coaseguros, servicios no cubiertos. <b>Esto se solicita en el momento de la visita.</b>	Llame a su compañía de aseguranza de antemano para determinar los beneficios de la red, deducibles, coaseguro y no cubierto servicios.  Presentar un reclamo de aseguranza en nombre de usted.
<b>Medicare PPO</b> No estamos contratados con Medicare HMO	Si tiene Medicare regular y no ha cumplido su deducible, <b>esto se solicita en el momento de la visita al consultorio.</b>  Calquier servicio no cubierto por el pago de Medicare es <b>solicitado en el momento de la visita.</b>  Si tiene Medicare como principal y también tiene aseguranza secundario: <b>No es necesario realizar ningún pago en el momento de la visita.</b>  Si tiene Medicare como primario, pero no aseguranza secundario: <b>El pago de su copago del 20% es solicitado en el momento de la visita.</b>	Presentar el reclamo en sun nombre, así como cualquier reclamo a suaseguranza secundario.
<b>Sin Aseguranza</b>	<b>Pago íntegro en el momento de la visita.</b>	Trabaje con usted para resolver su cuenta. Pide hablar con el personal de la Oficina de Facturación si necesita asistencia.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Práctica de Privacidad de HIPAA



Las reglas de privacidad de HIPAA otorgan a las personas el derecho a solicitar una restricción sobre los usos y la divulgación de sus información de salud protegida (PHI). El individuo también tiene derecho a solicitar información confidencial comunicación o que una PHI de comunicación se realiza por medios alternativos, como el envío correspondencia a la oficina del individuo en lugar del hogar del individuo.

Mi firma a continuación constituye mi reconocimiento de que se me ha informado de la HIPPA regla de privacidad

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre impreso:** \_\_\_\_\_

**Si no está firmado por el paciente, indique la relación:** \_\_\_\_\_

## Infórmenos con quién podemos compartir su información directamente.

Sus registros médicos e información de salud son confidenciales y están protegidos por HIPPA. Tomamos la responsabilidad de proteger seriamente su información médica. No se dará información a ninguna persona a menos que ellos tienen su autorización expresa a continuación: **POR FAVOR MARQUE E INDIQUE NOMBRE (S):**

**Poder Notarial Duradero:**  No  Sí Quién: \_\_\_\_\_

**Directiva Anticipada:**  No  Sí

MARCA	RELACIÓN	NOMBRE Y TELÉFONO
<input type="checkbox"/> Sí	Esposo(a)	_____
<input type="checkbox"/> Sí	Padre	_____
<input type="checkbox"/> Sí	Guardián	_____
<input type="checkbox"/> Sí	Hijo	_____
<input type="checkbox"/> Sí	Pareja	_____
<input type="checkbox"/> Sí	Otro:	_____

**Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todo lo que corresponda):**

MARCA	¿DEJA UN MENSAJE?	MÉTODO	TELÉFONO, FAX O CORREO ELECTRÓNICO
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono de casa	_____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono del trabajo	_____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono móvil	_____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fax	_____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Correo electrónico	_____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro	_____

# Consentimiento para el Tratamiento



**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

Por la presente solicito los servicios de Infusion for Health y doy mi consentimiento para dicho tratamiento, medicamentos, y procedimientos según lo ordenado por mi Proveedor y los asociados de mi Médico a ser proporcionados por Infusion for Health. Acepto que Infusion for Health no es responsable de ningún acto u omisión al seguir las instrucciones de un Proveedor. También entiendo que si necesito ser hospitalizado o necesito servicios especiales durante el transcurso de mi atención, que no es proporcionada por Infusion for Health, los servicios y la hospitalización deben ser coordinados por yo, mi tutor / representante legal o mi Proveedor, son mi responsabilidad.

- Cumpliré con todos los procedimientos y tratamientos médicamente necesarios realizados en el centro.
- Si el saldo de mi cuenta se atrasa y se coloca en una agencia de cobranza o legal, acepto pagar todos los honorarios de abogados o agencias de cobranza asociados con mi cuenta morosa.

Yo, el abajo firmante, doy la autorización a Infusion for Health, para obtener cualquiera de mis registros médicos, enviados por correo o enviado por fax, pertinente a mi condición médica.

Autorización para Probar y Divulgar Información: Por la presente se le notifica de conformidad con la ley de California que paciente de esta instalación, es posible que se le realice una prueba para detectar la presencia del VIH o un anticuerpo contra el VIH sin su consentimiento si algún profesional de la salud u otro empleado de la ciudad tiene una membrana mucosa percutánea o abierta exposición de la herida a su sangre u otros fluidos corporales. Esta prueba está permitida por la ley de California y es para su protección, así como la protección de los Médicos, Enfermeras Practicantes, enfermeras y otros empleados del centro.

Certifico que la información aquí contenida es correcta a mi leal saber y entender. No retendré a mi Proveedor ni a ningún miembros de su personal responsables de cualquier error u omisión que pueda haber cometido al completar esta forma.

**Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente o Representante Autorizado:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Menor:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_