

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: _____

Para los pacientes de Medicare, por favor firme el ABN en la página siguiente (página 8).

Si no es un paciente de Medicare, por favor continúe a la página 9

R. Notificado:
B. Nombre del paciente:

C. Número de identificación:

Aviso anticipado al beneficiario de no cobertura (ABN)

NOTA: Si Medicare no paga por D. _____ a continuación, es posible que tenga que pagar.

Medicare no paga todo, ni siquiera algunos cuidados que usted o su proveedor de atención médica tienen buenas razones para pensar que necesita. Es posible que Medicare no pague lo que se indica en D. _____ a continuación.

D.	E. Razón por la que Medicare no puede pagar:	F. Costo estimado

LO QUE NECESITA HACER AHORA:

- Lea este aviso para que pueda tomar una decisión informada sobre su cuidado.
- Háganos cualquier pregunta que pueda tener después de terminar de leer.
- Elija una opción a continuación sobre si desea recibir la D. _____ mencionada anteriormente.

Nota: Si elige la opción 1 o 2, podemos ayudarle a utilizar cualquier otro seguro que tenga, pero Medicare no puede exigirnos que lo hagamos.

G. OPCIONES: Marque solo una casilla. No podemos elegir una casilla por usted.

- OPCIÓN 1.** Deseo la D. _____ mencionada anteriormente. Puede solicitar que se le pague ahora, pero también deseo que se le facture a Medicare por una decisión oficial sobre el pago, que se me envía en un Resumen de Medicare (MSN). Entiendo que si Medicare no paga, soy responsable del pago, pero puedo apelar a Medicare siguiendo las instrucciones del MSN. Si Medicare paga, usted reembolsará cualquier pago que le haya hecho, menos copagos o deducibles.
- OPCIÓN 2.** Deseo la D. _____ mencionada anteriormente, pero no facture a Medicare. Puede solicitar que se le pague ahora ya que soy responsable del pago. No puedo apelar si no se factura a Medicare.
- OPCIÓN 3.** No deseo la D. _____ mencionada anteriormente. Entiendo que con esta elección **no** soy responsable del pago y no puedo apelar para ver si Medicare pagaría.

H. Información adicional:

Este aviso da nuestra opinión, no es una decisión oficial de Medicare. Si tiene otras preguntas sobre este aviso o la facturación de Medicare, llame al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/ TTY: 1-877-486-2048).

Firmar a continuación significa que ha recibido y comprende este aviso. Puede solicitar recibir una copia.

I. Firma:	J. Fecha:
-----------	-----------

Tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si siente que ha sido discriminado. Visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice).

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-0566. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de la estimación de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Aseguranza Responsabilidades



Si usted tiene....	Tu eres Responsable	Nuestro Personal
Aseguranza Comercial 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. Este es solicitado en el momento de la visita al consultorio.	Llame a su compañía de aseguranza de antemano para determinar deducibles y coaseguro. Presentar una reclamación de aseguranza como cortesía hacia usted.
Planes PPO con los que temenos un con contrato.	Si los servicios que recibe están cubiertos por el plan: Todos los deducibles y coaseguros aplicables se solicitan en el momento de la visita al consultorio. 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.
Plan de Punto de Servicio o PPO Fuera de la Red	Para el pago de la responsabilidad del paciente-deducible, coaseguros, servicios no cubiertos. Esto se solicita en el momento de la visita.	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.
Medicare PPO No estamos contratados con Medicare HMO	Si tiene Medicare regular y no ha cumplido su deducible, esto se solicita en el momento de la visita al consultorio. Calquier servicio no cubierto por el pago de Medicare es solicitado en el momento de la visita. Si tiene Medicare como principal y también tiene aseguranza secundario: No es necesario realizar ningún pago en el momento de la visita. Si tiene Medicare como primario, pero no aseguranza secundario: El pago de su copago del 20% es solicitado en el momento de la visita.	Presentar el reclamo en sun nombre, así como cualquier reclamo a suaseguranza secundario.
Sin Aseguranza	Pago íntegro en el momento de la visita.	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 HIPAA 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 HIPAA. 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: _____