

Información del paciente



Motivo del tratamiento: _____

Médico remitente: _____

Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: Primer nombre: _____ ISN: _____ Apellido: _____

Sexo: H M Prefiero no decirlo Otro Estado civil: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Fec. nac.: _____ Núm. de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Núm. de licencia de conducir: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Ocupación: _____ Teléfono del trabajo: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono del contacto de emergencia: _____ Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Compañía de seguros primaria: _____ Núm. de póliza: _____

Nombre del titular: _____ Fec. nac. del titular: _____

Seguro secundario: _____ Núm. de póliza: _____

Nombre del titular: _____ Fec. nac. del titular: _____

*****Solicitamos a todos los pacientes que muestren sus tarjetas de seguro e identificación con fotografía al momento del servicio*****

Su perfil de salud



Nombre del paciente: _____

HISTORIAL DE SALUD:

Cardiovascular

- Presión arterial alta
- Presión arterial baja
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Ataque cardíaco
- Accidente cerebrovascular/AIT
- Marcapasos o desfibrilador
- Enfermedad cardíaca
- Fibrilación auricular
- Otro: _____

Endocrino

- Diabetes
- Tipo I Tipo II
- Enfermedad de la tiroides
- Hiper Hipo
- Enfermedad de Graves
- Otro: _____

Neurología

- Esclerosis múltiple
- Miastenia grave
- Convulsiones
- Migrañas
- Enfermedad de Parkinson
- Accidente cerebrovascular
- Otro: _____

Alergia e inmunología

- Rinitis alérgica
- PDIC
- Inmunodeficiencia primaria
- Lupus eritematoso sistémico
- Otro: _____

Respiratorio

- EPOC
- Tos crónica
- Bronquitis
- Asma
- Enfisema
- Otro: _____

Afecciones de la piel

- Eczema
- Psoriasis
- Ronchas/Urticaria
- Otro: _____

Musculoesquelético

- Osteoporosis
- Pérdida de sensibilidad, hormigueo, entumecimiento
- Otro: _____

Sangre/Inmune/Células

- Anemia por deficiencia de hierro
- Hemofilia
- Fácil aparición de moretones
- VIH/SIDA
- Otro: _____

Reumatología

- Gota
- Artritis reumatoide
- Psoriasis en placas
- Artritis psoriásica
- Otro: _____

Mujeres

- Actualmente embarazada
- Hiperémesis
- Endometriosis
- Fibromas
- Otro: _____

Gastrointestinal

- Enfermedad de Crohn
- Colitis ulcerosa
- ERGE/reflujo
- Otro: _____

Genitourinario/ Enfermedad renal crónica

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

Psicológico

- Ansiedad
- Depresión
- Otro: _____

Cáncer

- Seno
- Próstata
- Otro: _____

Su perfil de salud (continuación)



Nombre del paciente: _____

LESIONES / ACCIDENTES / CIRUGÍAS

Año: Descripción:

FUMAR / BEBER

¿Fumador(a)? No Sí ¿Exfumador(a)? No Sí Paquetes/día: _____ Edad en que dejó de fumar: _____

¿Bebe alcohol? No Sí Tipo: Vino Cerveza Otro Bebidas por semana: _____

¿Bebe cafeína? No Sí Tazas por semana: _____

¿Alguna vez se ha hecho la prueba para detectar el VIH/SIDA? No Sí

Sagebrush Health Services brinda servicios GRATUITOS de pruebas, tratamiento y prevención de ITS/VIH.

¿Está interesado(a) en recibir más información o asesoramiento sobre estos servicios? No Sí

Su perfil de salud (continuación)



Nombre del paciente: _____

ALERGIAS

Alérgeno:

Descripción de la reacción:

* NINGUNA (debe enumerar las alergias o marcar ninguna)

Su perfil de salud (continuación)



Nombre del paciente: _____

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR PERTINENTE

Miembro de la familia: Descripción:

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

Acuerdo de cesión de beneficios y responsabilidad financiera del paciente



Gracias por elegir Infusion For Health. Tenemos el compromiso de brindarle la mejor atención posible, lo que incluye ayudar a nuestros pacientes a comprender sus responsabilidades financieras en relación con los servicios recetados. Para asegurarse de estar familiarizado con nuestras políticas financieras, lea este documento detenidamente y coloque sus iniciales o firme donde se indique.

Antes de su cita, el personal de Infusion For Health se comunicará con su compañía de seguros para verificar su elegibilidad, cobertura y beneficios. Si la cobertura activa no está disponible, el personal de Infusion For Health se comunicará con usted para revisar las opciones de pago de los servicios recetados. Si su plan de seguro requiere autorización previa, el personal de Infusion For Health se comunicará con la compañía de seguros para solicitar autorización para los servicios. Para protegerle de cargos inesperados, no se prestarán servicios hasta que hayamos verificado la cobertura activa y obtenido cualquier autorización previa requerida, o hasta que obtengamos un acuerdo de pago privado firmado por usted. Recuerde notificarnos antes de su próxima cita sobre cualquier cambio en el seguro, como por ejemplo cuando cambia de plan de salud, cambia de empleador o su empresa ofrece un plan de beneficios de salud diferente.

La cobertura, la elegibilidad y los beneficios se basan en la información proporcionada por su compañía de seguros. Verificar la cobertura, la elegibilidad, la información de los beneficios o el hecho de que un servicio haya sido preautorizado no es una garantía de pago. Los beneficios serán determinados por su compañía de seguros una vez que se haya recibido un reclamo. Le recomendamos que confirme esta información directamente con su compañía de seguros. Es posible que su compañía de seguros le pida que proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con sus solicitudes y comprender los beneficios de su seguro y los criterios de cobertura.

Infusion For Health es un proveedor participante con muchas compañías de seguros comerciales, Medicare y Medicaid, incluidos planes de atención administrada. Facturaremos directamente a las compañías de seguros. Usted será responsable de su parte del costo según lo asignado por su plan de seguro, y el pago deberá realizarse al momento del servicio. Estos costos pueden incluir copagos, coseguros o pagos deducibles. La inscripción en un programa de asistencia para el copago de medicamentos es la única excepción a la política de costo compartido. Todos los pagos del plan de salud deben dirigirse a Infusion For Health para su pago directo. Debe notificar a Infusion For Health inmediatamente si se le realizan pagos del plan de salud por error.

Nuestro consultorio no renunciará, no dejará de cobrar ni descontará el coseguro, los deducibles ni otras responsabilidades financieras del paciente de conformidad con las leyes estatales y federales, así como los acuerdos participantes con los pagadores.

Política financiera de IFH PC (continuación)



Responsabilidad financiera (LEA y COLOQUE SUS INICIALES):

Reconozco que soy financieramente responsable de todos los servicios prestados en mi nombre por los cuales pueda existir un cargo asociado. Acepto la responsabilidad personal por todos los copagos, deducibles, coseguros y servicios no cubiertos, según lo establecido por mi cobertura de seguro. Reconozco que si algún servicio proporcionado por Infusion For Health no está cubierto por mi plan de seguro por una o más razones, incluidas, entre otras, exclusiones de mi plan de seguro o límites de financiación con mi plan de seguro, proveedor fuera de la red o no proporcionar información actualizada del seguro, seré responsable del cargo total de todos los servicios. Reconozco que los cargos por cancelación no se facturan a las compañías de seguros y acepto ser financieramente responsable de dichos cargos.

Iniciales _____

Para asegurarse de que no se le facture por error, debe informar a Infusion For Health sobre cualquier cobertura activa de Medi-Cal o Medicaid antes de que se presten los servicios.

Cesión de beneficios (LEA y COLOQUE SUS INICIALES):

Por la presente, cedo todos los beneficios de mi seguro y otras fuentes de financiamiento a Infusion For Health por los servicios prestados. Acepto la responsabilidad financiera de todos los cargos si no tengo seguro médico o si mi seguro médico no reembolsa a Infusion For Health por los servicios prestados. Entiendo que los servicios prestados pueden no estar cubiertos por mi plan de seguro y que mi seguro puede asignarme una parte del costo. Elijo continuar con el servicio con el entendimiento de que puedo ser personalmente responsable de pagar por el servicio que se me presta.

Iniciales _____

Política financiera de IFH PC (continuación)



Política de cancelación (LEA y COLOQUE SUS INICIALES):

Infusion for Health tiene el compromiso de brindar una atención excepcional. Desafortunadamente, las cancelaciones y llegadas tardías a las citas pueden afectar la atención del paciente. Por consiguiente, comuníquese con nuestro consultorio al 1-888-777-1945 un día antes de su cita programada si no puede asistir a su cita. Si tiene una cita el lunes, comuníquese con nosotros el viernes anterior. Haremos todo lo posible para reprogramarlo, sujeto a la disponibilidad del proveedor.

Además, a los pacientes que lleguen más de 15 minutos después de su hora programada se les puede reprogramar la cita y se les puede cobrar un cargo por cancelación. **Si pierde una cita programada o no cancela/reprograma con 24 horas de anticipación, se le puede cobrar una tarifa de cancelación de \$50 por una inyección omitida y una tarifa de cancelación de \$100 por una infusión omitida.**

Iniciales _____

Infusion for Health le facturará cualquier saldo pendiente una vez que sus planes de seguro hayan terminado de procesar sus reclamos. Esto puede tomar de 30 a 45 días para cada plan bajo el que esté cubierto. Los estados de cuenta detallados de cuentas sin saldo adeudado se proporcionarán únicamente previa solicitud.

Yo, el abajo firmante, reconozco que he revisado y que entiendo la política de responsabilidad financiera establecida anteriormente. Si el saldo de mi cuenta vence y se coloca en una agencia de cobranza o legal, acepto pagar todos los honorarios de abogados o de la agencia de cobranza asociados con mi cuenta morosa.

Firma: _____

Fecha: _____

**Para los pacientes de Medicare, firme el ABN en la página siguiente (página 10).
Si no es paciente de Medicare, pase a la página 11.**

A. Notificador:

B. Nombre del paciente:

C. Número de identificación:

Aviso anticipado al beneficiario de no cobertura (ABN)

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

Medicare no paga todo, incluso algunos cuidados que usted o su proveedor de atención médica tienen buenos motivos para pensar que necesita. Creemos que es posible que Medicare no pague D. _____ a continuación.

D.	E. Motivo por el cual Medicare podría no pagar:	F. Costo estimado

LO QUE DEBE HACER AHORA:

- Lea este aviso para que pueda tomar una decisión informada sobre su atención.
- Háganos cualquier pregunta que pueda tener después de terminar de leerlo.
- Elija una opción a continuación para determinar si quiere recibir D. _____ que se indicó anteriormente.

Nota: Si elige la Opción 1 o 2, podemos ayudarle a usar cualquier otro seguro que pudiera tener, pero Medicare no puede exigirnos que lo hagamos.

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

- OPCIÓN 1.** Quiero D. _____ que se indicó anteriormente. Puede solicitar que se le pague ahora, pero también quiero que se facture a Medicare por una decisión oficial sobre el pago, que se me envía en un aviso de resumen de Medicare (MSN). Si Medicare paga, usted reembolsará cualquier pago que yo le haya hecho, menos los copagos o deducibles.
- OPCIÓN 2.** Quiero D. _____ que se indicó 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 quiero D. _____ que se indicó 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 brinda nuestra opinión, no 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). Su firma a continuación significa que ha recibido este aviso y que lo comprende. 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 se le ha 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 válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0566. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de un promedio de 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir 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.

Práctica de privacidad conforme a la HIPAA



Las normas de privacidad conforme a la HIPAA otorgan a las personas el derecho a solicitar una restricción en los usos y la divulgación de su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés). La persona también tiene derecho a solicitar que la comunicación confidencial o que la comunicación que contenga PHI se realice por medios alternativos, como enviar correspondencia a la oficina de la persona en lugar de a su domicilio.

Mi firma a continuación constituye mi reconocimiento de que he sido informado sobre la norma de privacidad conforme a la HIPAA.

Firma del paciente o representante autorizado: _____

Fecha: _____

Indíquenos con quién podemos compartir su información directamente.

CON PERMISO PARA ACCEDER A LA PHI:	RELACIÓN	NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cónyuge/Pareja	_____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Padre/Madre	_____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tutor	_____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hijo(a)	_____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro:	_____

Métodos de contacto preferidos:

MÉTODO	¿CON PERMISO PARA CONTACTAR?	¿DEJAR MENSAJE?	NÚMERO DE TELÉFONO U OTRO CONTACTO:
Teléfono de casa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Teléfono celular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Teléfono del trabajo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____

Consentimiento para el tratamiento



Nombre del paciente: _____

Por la presente, solicito los servicios de Infusion for Health y doy mi consentimiento para el tratamiento, los medicamentos y los procedimientos ordenados por mi médico y sus asociados. Acepto que Infusion for Health no es responsable de ningún acto u omisión al seguir las instrucciones de un médico. También entiendo que si estoy en condiciones de necesitar hospitalización o servicios especiales en el transcurso de mi atención, estos servicios no los proporciona Infusion for Health y deben ser organizados por mí, mi tutor/representante legal o mi médico.

- Acepto cumplir con todos los procedimientos y tratamientos médicamente necesarios realizados en el centro.

Yo, el abajo firmante, autorizo a Infusion for Health a obtener cualquiera de mis registros médicos obtenidos por correo electrónico, correo postal o fax, pertinentes a mi condición médica. Autorización para realizar pruebas y divulgar información: Reconozco que, de conformidad con la ley estatal, como paciente de este centro, se me pueden realizar pruebas para detectar la presencia de VIH o de un anticuerpo contra el VIH sin mi consentimiento si algún profesional de la salud u otro empleado de la ciudad sufre exposición percutánea, de membranas mucosas o de herida abierta a mi sangre u otros fluidos corporales. Esta prueba está permitida por la ley estatal y es para mi protección, así como para la protección de los médicos, enfermeros y otros empleados del centro. Doy fe de que la información que he proporcionado es correcta según mi leal saber y entender. No responsabilizaré a Infusion For Health ni a ningún miembro del personal por ningún error u omisión que yo pueda haber cometido al completar este formulario.

Firma del paciente o representante autorizado: _____

Fecha: _____

Consentimiento para compartir datos



Nombre del paciente: _____

Infusion for Health se esfuerza por crear una visión más holística de la atención al paciente. Para lograrlo, nos hemos asociado con expertos en atención médica para conectar los datos con una excelente atención clínica. Estos socios de datos nunca venderán información de pacientes, incluso si se elimina la información de identificación. Infusion For Health no incluirá sus datos de atención médica sin su consentimiento que se proporciona a continuación.

Yo, el abajo firmante, autorizo a Infusion for Health a proporcionar mi información de atención médica a nuestros socios de datos en un esfuerzo por mejorar continuamente la calidad de la atención. Entiendo que la participación es completamente voluntaria y de ninguna manera afecta mi plan de atención actual.

Nombre en letra de imprenta del paciente o representante autorizado: _____

Firma del paciente o representante autorizado: _____

Fecha: _____

Renuncia, exoneración e indemnidad



Nombre del paciente: _____

En consideración a mi solicitud de que Infusion for Health proporcione tratamientos médicos, terapias de infusión, medicamentos y procedimientos según lo ordenado por mi médico y sus asociados, por la presente acepto lo siguiente:

- Entiendo que Infusion for Health no brinda asistencia a pacientes que son parcialmente ambulatorios
- Acepto contar con la compañía de un cuidador, asistente o ayudante para que me ayude a caminar, moverme o realizar cualquier otra actividad física mientras esté en las instalaciones de Infusion for Health, si se solicita o es necesario por seguridad; y
- Entiendo que el propósito de contar con la compañía de un cuidador, asistente o ayudante mientras camino, me muevo o realizo actividades físicas es evitar que me caiga o tenga un accidente similar que pueda causar lesiones.
- Entiendo que es mi deber y responsabilidad proporcionar la información de salud correspondiente antes de recibir servicios de tratamiento de Infusion For Health. No proporcionar información de salud precisa podría resultar en efectos adversos en mi atención y tratamiento.

En consideración a mi solicitud de que Infusion for Health proporcione el tratamiento, los medicamentos y los procedimientos según lo ordenado por mi médico y sus asociados mientras me encuentre en las instalaciones de Infusion for Health, en la medida permitida por la ley aplicable, por la presente, acepto exonerar, defender, eximir y liberar para siempre a Infusion for Health y a sus accionistas, miembros, funcionarios, directores, empleados, agentes, sucesores y todas las demás personas que actúen en su nombre, bajo su jurisdicción o en colaboración con ellos ("Exonerados"), de todos los reclamos, demandas, acciones, causas de acción, obligaciones, daños, responsabilidades, pérdidas, costos o gastos, incluidos honorarios de abogados ("Reclamos"), que surjan de, o estén relacionados con, la recepción de mis servicios de tratamiento por parte de Infusion for Health, caminar, moverse o realizar cualquier actividad física en las instalaciones de Infusion for Health, sufridos o incurridos por mí o mis representantes legales, cesionarios, adjudicatarios, tutores, sucesores o herederos, ya sean causados por cualquier acto u omisión negligente de los Exonerados o de cualquier otra manera, incluida la conducta imprudente, ya sea que dichos Reclamos se basen en agravio, incumplimiento de contrato, derechos reglamentarios, principios legales o equitativos. Por la presente, me comprometo y acepto nunca iniciar ni procurar, ya sea individualmente o en nombre de cualquier otra persona o entidad, contra los Exonerados, ninguna acción o procedimiento basado en los Reclamos que son objeto de esta Exoneración.

Si alguna persona, incluido el abajo firmante, es menor de edad, entonces su padre, madre o tutor legal con custodia acepta y aprueba por la presente esta Exoneración en nombre de dicha persona menor de edad.

HE LEÍDO DETENIDAMENTE ESTA DISPOSICIÓN DE EXONERACIÓN, INDEMNIDAD Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y ENTIENDO PLENAMENTE SU CONTENIDO. SOY CONSCIENTE DE QUE ESTO ES UNA EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y UN CONTRATO ENTRE LOS EXONERADOS Y YO Y LO FIRMO POR MI PROPIA VOLUNTAD.

Fecha: _____

(Firma del paciente o representante autorizado)

(Nombre del paciente en letra de imprenta)

Folletos para el paciente



Nombre del paciente: _____

- He recibido una copia de los folletos para el paciente que contiene: o
- Se me ha proporcionado la dirección del sitio web del centro que contiene:

- Aviso de privacidad conforme a la HIPAA
- Declaración de derechos y responsabilidades del paciente
- Planificación ante emergencias, seguridad en el hogar, control de infecciones
- Toma de decisiones sobre su atención médica
- Informe de quejas/reclamos.

He recibido instrucciones para los medicamentos recibidos. He recibido material de mercadotecnia del centro e información sobre el alcance de los servicios del centro. He recibido instrucciones sobre cómo realizar el seguimiento con Infusion for Health.

Entiendo que puedo presentar una queja sin temor a represalias, discriminación o interrupción irrazonable del servicio. Para presentar una queja, llame al (805) 719-3700 y hable con el servicio de atención al cliente. Si su queja no se resuelve a su entera satisfacción dentro de un plazo de 5 días hábiles, puede iniciar una queja formal por escrito y enviarla a la Gerencia. Puede esperar una respuesta por escrito dentro de los 14 días hábiles posteriores a su recepción.

Entiendo que también puedo realizar consultas o presentar quejas sobre este centro llamando a Medicare al 1-800-MEDICARE o a la Comisión de Acreditación para la Atención Médica (ACHC, por sus siglas en inglés) al (919) 785-1214.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

Nombre en letra de imprenta del paciente o representante autorizado

Si el beneficiario no puede firmar:

Firma del testigo

Relación del testigo

Razón por la que el paciente no puede firmar