

9192 W. Union Hills Drive, Peoria, AZ 85382
3411 N 5TH Ave Suite 301, Phoenix, AZ 85013
2204 S. Dobson Rd. Suite 201, Mesa, AZ 85202
421 E. Cottonwood Ln. Casa Grande, AZ 85122
520 NM-564 Gallup, NM 87301

Phone: 602.374.4101
Fax: 602.441.0522

222 S. Summit Ave. Suite #3 Prescott, AZ 86303

Phone: 505.542.0090
Fax: 505.542.0155
Phone: 928.250.7700
Fax: 928.946.0024

POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir Sonoran Vein and Endovascular para sus necesidades de atención médica. Revise nuestra política financiera y escriba sus *iniciales* en los espacios correspondientes a continuación.

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

_____ Autorizo a Sonoran Vein and Endovascular a facturar a mi compañía de seguros en mi nombre. Autorizo la liberación de cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Aceptarán facturar mi compañía de seguros de manera oportuna siempre que la información proporcionada sea precisa.

_____ Entiendo que es mi responsabilidad conocer mi póliza de atención médica, verificar todos los beneficios y la información de mi cobertura antes de servicios que se están prestando. Entiendo que es mi responsabilidad **SIEMPRE** notificar a Sonoran Vein and Endovascular de cualquier cambios en mi plan o póliza de seguro antes de mi visita.

_____ Acepto pagar mi copago, coseguro, deducible, el 20 % de los servicios potenciales que se prestarán o cualquier servicio no cubierto que mi seguro considera "responsabilidad del paciente" **AL MOMENTO DEL SERVICIO**. Entiendo Sonoran Vein and Endovascular acepta cheques personales, la mayoría de las principales tarjetas de crédito, tarjetas de débito y efectivo como forma de pago.

_____ Entiendo que debo pagar cualquier saldo pendiente del paciente antes de programar citas futuras.

_____ Entiendo que puedo ser personalmente responsable del pago si:

- No tengo cobertura de seguro activa (consulte por nuestra política de "Pago en Efectivo")
- Recibo un servicio que no está cubierto por mi póliza o si mi seguro no es aceptado por Sonoran Vein and Endovascular
- Mi compañía de seguros rechaza mi reclamo por cualquier motivo que no se pueda resolver

_____ Acepto pagar una tarifa si:

- Si no me presento o si decido cancelar una cita que he programado sin avisar con suficiente antelación (24 horas). Habrá una tarifa de \$50 para todas las citas entre semana entre las 7:00 a. m. y las 5:00 p. m. Habrá una tarifa de \$75.00 por **CUALQUIER** cita programada como "Procedimiento", incluidas las citas de ultrasonido, ya que requieren ciertos plazos para fines de programación.

_____ Acepto pagar puntualmente. Entiendo que se puede cobrar una tarifa de procesamiento de \$10 si se realizan más de tres estados de cuenta deben enviarse por correo y no pago mi saldo en su totalidad ni acepto un plan de pago. Además Sonoran Vein and Endovascular se reserva el derecho de enviarme a cobranzas si no se puede llegar a un acuerdo amistoso para cualquier saldo impago. En caso de que mi cuenta sea enviada a una agencia de cobranza, entiendo que habrá un cargo adicional del 50 % del saldo para cubrir los gastos de recogida.

Firma: X _____

Fecha: _____

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE – ACTUALIZADO

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____
Dirección: _____ Apt #: _____
Número de teléfono celular: _____ Número de teléfono de casa: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre/ Relación: _____
Numero de teléfono: _____ MARQUE AQUÍ SI NO HAY CONTACTO DE EMERGENCIA:

INFORMACIÓN DEL SEGURO: PROPORCIONE COPIA ACTUALIZADA DEL INS. TARJETA(S)

Seguro Primario: _____ Número de grupo: _____
Número de póliza de Seguro: _____ Número de teléfono del seguro: _____

Seguro secundario/suplementario: _____ Número de grupo: _____
Número de póliza de Seguro: _____ Número de teléfono del seguro: _____

LISTA DE MEDICAMENTOS: ACTUALICE (O PROPORCIONE UNA LISTA Y LA COPIAREMOS)

ALERGIAS A MEDICAMENTOS:

MÉDICOS QUE CUIDAN PARA USTED:

Doctor Primario: _____
Médico referente: _____
Nefrólogo (médico renal): _____
Cardiólogo (Médico del corazón): _____
Otro: _____

Al firmar, usted reconoce que toda la información es precisa a su leal saber y entender:

X _____ Fecha: _____
Firma del paciente

X _____ Fecha: _____
Firma del empleado

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, DIRECTIVAS ANTICIPADAS E INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____

Prácticas de privacidad/HIPAA/Declaración de derechos

- Reconozco que he recibido una copia escrita de los derechos y responsabilidades del paciente, la divulgación de propiedad y el aviso de prácticas de privacidad antes de prestar cualquier servicio.
- Doy mi consentimiento para usos y divulgación para que los empleados de Sonoran Vein and Endovascular dejen mensajes en mi: Casa Cellular Trabajo

Los miembros de la familia, parientes o otras personas importantes que he enumerado pueden tener acceso a mi información de salud protegida con el fin de llevar a cabo el tratamiento y/o el pago de operaciones de atención médica y son las siguientes personas:

1. Nombre de la persona/Relación: _____ Numero: _____
2. Nombre de la persona/Relación: _____ Numero: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: Si el contacto de emergencia es el mismo, marque aquí:

Si NADIE es el contacto preferido para el consentimiento anterior, marque aquí:

Directivas anticipadas

Entiendo que tengo derecho a tomar decisiones con respecto al tratamiento para mantener la vida, incluidas las medidas de reanimación. (Elija uno a continuación)

Sí, le he proporcionado al centro una copia de mis directivas anticipadas/testamento vital/poder para la atención médica.

Sí, Tengo una directiva anticipada/testamento vital/poder de atención médica, pero no los traje conmigo en este momento.

No, No tengo directivas anticipadas/testamento vital/poder de atención médica. Me han ofrecido información sobre cómo puedo obtener una directiva anticipada/testamento vital/poder de atención médica. *(Si se elige "sí" arriba, Estoy de acuerdo en que el centro ha explicado su política con respecto al cumplimiento de este documento y que, si es necesario; Seré reanimado y trasladado a un hospital de cuidados intensivos. Acepto proceder con los procedimientos propuestos según lo programado).*

Contactos y transporte de emergencia y no emergencia

Contacto/Relación de Emergencia: _____

Número(s) de teléfono de emergencia: Cellular: _____ Casa: _____

Reconozco que toda la información proporcionada es correcta, según mi conocimiento. Si alguna información puede cambiar, informaré a Sonoran Vein and Endovascular.

Por la presente autorizo y doy mi consentimiento para que me transfieran en ambulancia a un hospital de cuidados intensivos si mi médico determina que es necesario. Además, autorizo la divulgación de mis registros médicos del hospital para que se devuelvan al centro quirúrgico.

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente (imprimir): _____

Firma del paciente: X _____

Firma del testigo: _____



Aviso de prácticas de privacidad y HIPAA

Como paciente de Sonoran Vein and Endovascular queremos brindarle la mejor atención posible. Queremos que se sienta libre de revelar toda la información al médico para que se pueda brindar un tratamiento eficaz. Según lo exigen las disposiciones de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), Sonoran Vein and Endovascular le proporciona a usted, el paciente del representante legal del paciente, una copia de nuestro Aviso de Privacidad. Las regulaciones de HIPAA nos exigen que le proporcionemos esta información y que obtengamos su firma o la firma de su representante legal como prueba de que ha recibido nuestro Aviso de Privacidad. *Nuestra política es proteger la confidencialidad, integridad y seguridad de la información personal y de salud protegida de nuestros pacientes y evitar el acceso no autorizado o el uso de dicha información. Esta política se aplica tanto a pacientes actuales como a ex pacientes.*

La Información de Salud Protegida (PHI) es información personal y de salud identificable individualmente e incluye cualquier información obtenida por Sonoran Vein and Endovascular, en relación con la prestación de tratamiento de atención médica, la obtención de pagos y operaciones de atención médica relacionadas. Esto se relaciona con la información pasada, presente y futura que Sonoran Vein and Endovascular recibe de usted como nuestro paciente. Usaremos esta información para brindarle atención médica atenta y de calidad. Ejemplos de PHI incluyen diagnóstico, tratamiento y comunicaciones, orales y escritas, e incluyen contestadores automáticos, correo de voz y correo electrónico, utilizados para seguimiento, programación de citas, recordatorios e informes de resultados de pruebas. Como parte de nuestras operaciones de atención médica estándar, podemos compartir esta información con una instalación como un hospital, laboratorio, servicio de diagnóstico o proveedor de atención médica para coordinar su tratamiento de la manera más eficiente. Para las compañías de seguros, su información se utilizará para presentar reclamos y obtener el pago por los servicios prestados. Intercambiaremos datos con su compañía de seguros para actividades tales como confirmar su elegibilidad con el plan, determinaciones de beneficios y cobertura, y revisión de precertificación/autorización y utilización. Su información se mantiene en nuestra oficina en nuestro sistema de información de gestión de práctica. También mantenemos información sobre usted en nuestro sistema de Registro Médico Electrónico (EMR). Sonoran Vein and Endovascular limita el acceso a su PHI a aquellos empleados y socios comerciales que necesitan conocer esta información y restringimos los tipos y la cantidad de información proporcionada a la que es "mínimamente necesaria" para llevar a cabo su trabajo. No divulgamos PHI a terceros para fines distintos del tratamiento, pago u operaciones de atención médica a menos que ocurran las siguientes excepciones:

- Recibimos una autorización firmada por usted para divulgar su información de identificación individual. Usted, el paciente o el tutor autorizado firmarán una autorización. Esta autorización se colocará en su expediente médico. Usted, el paciente o el tutor autorizado pueden cancelarlo en cualquier momento. Si desea acceso limitado o acceso de una persona específica a su PHI, complete un formulario de Solicitud para restringir el uso y divulgación de información médica protegida.
- La ley federal, estatal u otra ley aplicable nos exige que compartamos su PHI.
- Propósitos de Compensación para Trabajadores

Tiene derecho a solicitar una revisión de su PHI, modificar sus registros y solicitar restricciones sobre cómo se utiliza su PHI. Puede solicitar un informe de cómo se ha divulgado su PHI. Cualquier solicitud de enmienda o restricción al uso de su PHI debe realizarse por escrito. Tiene derecho a solicitar una copia de su expediente médico. Sonoran Vein and Endovascular hará todo lo posible para proporcionarle su registro dentro de un período de tiempo razonable y sujeto a los cargos normales por copia. Si tiene alguna pregunta, comentario o queja sobre la administración de su PHI, comuníquese con nuestra oficina y con el Gerente de práctica. Si dichas quejas no se resuelven, usted tiene derecho a informar al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

9192 W. Union Hills Drive, Peoria, AZ 85382

Phone: 602.374.4101

Fax: 602.441.0522

Sonoran Vein and Endovascular is Owned by Dr. David J. Nye

Accreditations: CLIA, ASF, ACR