



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

Nombre: Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal # \_\_\_\_\_ Teléfono Secundario # \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Race: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_ Idioma Preferido \_\_\_\_\_

Recordatorio de cita: Mensaje de texto  llamada telefónica  Correo Electrónico

### SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD-INFORMACION DE DEFENSOR

Nombre completo de defensor \_\_\_\_\_

Dirección de Defensor \_\_\_\_\_

Dirección de Defensor: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento de Defensor: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE SEGURO

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

Relación al paciente \_\_\_\_\_ Policy Holders DOB \_\_\_\_\_

**Si esta visita está relacionada con un caso de trabajo o un reclamo de auto, por favor proporcione lo siguiente**

Número de reclamo \_\_\_\_\_ Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Nombre del ajustador \_\_\_\_\_ Número del ajustador \_\_\_\_\_

Fecha de accidente \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_



## Release of Protected Health Information

Western Slope Orthopaedics Trene mi permiso para divulgar mi informaciomn personal a las siguientes personas.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Numero Telfonico \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Numero Telfonico \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Numero Telfonico \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Nombre Impreso \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



### **Responsabilidad Financiera del Paciente/ Reconocimiento y Autorización de Seguros**

Gracias por elegir **Western Slope Orthopaedics** como su proveedor de atención médica. Nos sentimos honrados por su elección y comprometidos a brindarle la atención medica de la mas alta calidad. Le pedimos que lea y firme este formulario para reconocer que comprende nuestras políticas financieras para pacientes.

- El paciente es ultimadamente responsable de su pago de tratamiento y Cuidado.
- El paciente es responsable de los cargos asociados con el seguro, co-pays o cargos sin cobertura como montos deducibles o coaseguros.
- Los pacientes que pagan por sí mismos son elegibles para un descuento en efectivo de 30% hasta 30 días después de la fecha del servicio visto.
- El paciente es responsable de cualquier costo asociado con el cobro del saldo del paciente.
- Los estados de cuenta del paciente se envían por correo mensualmente. El paciente es responsable de realizar un pago, o de concertar un plan de pago, dentro de los 30 días siguientes a la fecha que aparece en su estado de cuenta del paciente.
- El paciente es consciente de que, si no paga su tratamiento y cuidado, se emprenderán acciones de cobro para recuperar la deuda (por ejemplo, ser enviado a una agencia de cobranza)

Usted es responsable de proporcionar su propio seguro personal o compensación laboral/automóvil a nuestra oficina. SI no nos proporciona su información, usted será responsable de todos los cargos incurridos y se esperará el pago al momento del servicio.

Solicito que el pago de los beneficios de seguro autorizados se realice en mi nombre a Western Slope Orthopaedics por cualquier servicio que me haya prestado de C. Kelly Bynum, M.D, Thomas F. Dwyer, M.D, Timothy R. Judkins, M.D, Ryan K. Albrecht, M.D, Joshua Bagley, M.D, Jared Sanderford, D.O, and Vineet Singh, M.D. Autorizo a cualquier titular de información médica necesaria a determinar estos beneficios pagaderos por servicios relacionados prestados. Entiendo que soy responsable de cualquier monto de mis cargos que no esté cubierto por mi seguro. Toda la información contenida en este formulario es verdadera según mi leal entendimiento. Acepto la información indicada anteriormente. Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

Con mi firma a continuación, autorizo la cesión de beneficios financieros directamente a Western Slope Orthopaedics. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por esta asignación.

**Firma de paciente or guardian:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre de paciente:** \_\_\_\_\_

**Aviso importante sobre la privacidad de su información de salud**

Efectivo Abril 14, 2003, Las regulaciones revisadas restringen el uso y la divulgación de su información médica privada (IMP) por parte de nuestra práctica y otras organizaciones. Ha sido y sigue siendo política de nuestra oficina proteger la privacidad de la información de salud de los pacientes y cumplir con cualquier regulación relativa al uso y divulgación de información de salud del paciente. A continuación, se resume la nueva ley y bajo qué circunstancias se puede divulgar su información médica privada.

### **Divulgaciones Permitidas**

Nuestra oficina está autorizada a usar y divulgar su IMP para el tratamiento, pago y operación de atención médica. Estos usos incluyen compartir su IMP con otros proveedores de atención médica para confirmar un diagnóstico, utilizando su IMP para facturar con precisión los servicios que le brindamos, proporcionar su IMP a su compañía de seguros para reembolso, para recordarle de sus citas y como parte de nuestro programa de mejora de la calidad.

También se nos permite divulgar su IMP de conformidad con los reglamentos descritos por la ley y cuando así lo exijan diversas agencias gubernamentales. También podemos divulgar su IMP a miembros de su familia, parientes, un amigo personal cercano cuando la información que divulgamos es relevante para la participación del individuo en su cuidado o es necesario para ayudar en su atención médica (por ejemplo; recoger recetas u otros documentos, anotar instrucciones de seguimiento de atención médica, etc.). Revelaremos su IMP cuando sea referido a otros médicos o proveedores de atención médica. Finalmente, nos reservamos el derecho de cambiar la privacidad descrita en este aviso según lo permita o requerido por ley y hacer que dicho cambio sea efectivo para toda la información de salud protegida.

### **Divulgación Restringida**

Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su IMP y solicitar que se modifiquen partes de su IMP. Sin embargo, nuestra oficina no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas ni a modificar su IMP en la forma que usted solicite. También tienes derecho a inspeccionar y recibir una copia de tu IMP, pero debe pagar un cargo razonable por la mano de obra y los costos asociados con la copia de su IMP. Finalmente, usted tiene derecho a obtener un informe de las divulgaciones de su información de salud.

### **Autorización para Otros Usos**

Nuestra práctica realizará otros usos y divulgaciones de su información médica protegida solo después de obtener su autorización por escrito. Si autoriza un uso no contenido en este aviso, puede revocar su autorización en cualquier momento notificándonos por escrito que desea revocar su autorización.

### **Preocupaciones**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede comunicarse a la dirección 910 S 4th St. Montrose, CO 81401 o al número (970) 249-6641 o la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Ninguna persona sufrirá represalias por presentar una queja.

### **Reconocimiento**

Reconozco que he revisado este resumen y he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad con respecto al uso y la divulgación de mi información médica privada.

Firma \_\_\_\_\_

Nombre Imprimido \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_