fort worth ent
EAR NOSE & THROAT

Cirujano de Cabeza y Cuello **Otorrinolaringólogo**

PATIENT DEMOGRAPHIC INFORMATION

Nombre Del Paciente _____
Apellido Primer Segundo

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ Status Marital _____

Raza _____ Etnicidad _____ Idioma Preferido_____

Dirección _____ _____
Calle Apartamento Seguro Social

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Núm. de tel. _____ Trabajo _____ Cel. _____

Contacto de Emergencia y Numero de Tel _____

INFORMACION DE ASEGURANZA

PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA
Campania de Aseguranza	Campania de Aseguranza	Campania de Aseguranza
Nombre del Asegurado	Nombre del Asegurado	Nombre del Asegurado
Fecha de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Fecha de Naciemiento
Seguro Social	Seguro Social	Seguro Social
Empleador	Empleador	Empleador

Nombre y Num de Tel de su doctor familiar _____ _____

Yo autorizo al Dr. J. Roy Lowry/ Dr. Jeremy P. Watkins que revele mi informacion medica a mi compania de aseguranza, doctor familiar, o al doctor que me refirio a esta oficina. Yo entiendo que soy responsible por todos los cargos y seran cobrados antes de que los servicios sean rendidos, incluyendo mi co-pago. Si mi plan de aseguranza require una referencia de autorizacion y no la tengo, yo entiendo que sere responsables por los cargos. Yo entiendo que si me aseguranza cambia de un HMO a otro mi referencia previa sera anulada. Yo tender que contactar a mi doctor familiar para obtener otra referencia bajo mi nuevo plan. Tambien entiendo que si no notifico la oficina de los cambios, tambien sere responsables por esos cargos. Yo autorizo al personal del Dr. Todd E. Samuelson/ Dr. J. Roy Lowry a que contacten mi compania de aseguranza y hagan un reclamo por los servicios rendidos de mi parte. Si mi aseguranza no paga el reclamo, yo soy responsable financieramente por todos los pagos contraidos.

_____
Firma Fecha

LLENAR SOLO SI EL PACIENTE ES UN MENOR DE EDAD

Nombre de la Madre	Nombre del Padre
Fecha de Nacimiento	Fecha de Nacimiento
Direccion	Direccion
Num de Tel (casa)	Num de Tel (casa)
Num de Tel (trabajo)	Num de Tel (trabajo

fort worth ent
EAR NOSE & THROAT

Nuestra nota de Practicas Privadas tiene información sobre como nosotros podemos usar y revelar su información médica. Usted tiene el derecho de repasar esta nota antes de firmar este consentimiento. Los términos pueden cambi y si cambiamos nuestra nota, usted puede pedir una copia al contactar Fort Worth ENT.

Tiene el derecho de pedir como podemos restringir su información de salud protegida para su tratamiento, pago, y operaciones de cuidado médico. Es necesario que estemos de acuerdo con estar restricción.

Al firmar esta forma, nos está dando consentimiento en cómo usar su información protegida de salud para tratamiento pagos, y operaciones de salud medica. Su información será revelada a su compañía de aseguranza y su doctor para propósito de paga, y agencias de reportaje. Usted tiene el derecho de negar este consentimiento por escrito, excepto donde su información ya haiga sido revelada anteriormente.

En el evento que un miembro de mi familia a la persona responsable de mi cuidado médico este en el cuarto en el tiempo de mi evaluación y/o tratamiento, le doy permiso a Fort Worth ENT, a sus doctores y a sus empleados para discutir libremente mi condición, tratamiento y diagnostico.

¿Le podemos hablar a usted y/o dejar mensaje a los siguientes números?

Tel. de Hogar _____ ¿Podemos dejar mensaje? Si / No

Tel. de Trabajo _____ ¿Podemos dejar mensaje? Si / No

Celular _____ ¿Podemos dejar mensaje? Si / No

¿Le podemos mandar información de su cuidado médico por correo? Si / No

Cualquier y toda información médica puede ser revelada a :

1. _____ Parentesco _____
2. _____ Parentesco _____
3. _____ Parentesco _____

Nombre del Paciente _____ Nombre de Guardián _____

Firma del Paciente o Guardian _____ Fecha _____

fort worth ent
EAR NOSE & THROAT

Sirugano de Cabeza y Pescueso **Otorinolaringologo**

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Nombre: _____
Sexo _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ *Altura _____ *Peso_____

Lista de alergias a medicamentos: _____
Otras Alergias _____

*********Historial Médico Previo*********
- ○ **Ataque de Corazon/Enfermedad Caridaca**
- ○ **Insuficiencia Cardiaca Congestiva**
- ○**Pression Alta**
- ○**COPD/Enferdad Pulmonar**
- ○**Ataque Cerebral**

- ○**HIV/ AIDS**
- ○**Ataques Epilépticos**
- ○**Diabetes**
- ○**Apnea de Sueño**

- ○**Artritis**
- ○**Tuberculosis**

- ○**Enfermedad de Riñón Dorsal (especifique)**

- ○**Desorden de Tiroides (especifique)**

*********Favor de Marcar lo siguiente*********
Contitucional: ○Pérdida de Peso ○Fiebre ○Nada
Ojos: ○Cambios de Vista ○Nada
Respiratorio: ○Resollar ○Difficultad al Respirar ○Nada
Cardiovascular: ○Dolor de Pecho ○Palpitaciones ○Nada
Genitourinario: ○Dolor al orinar ○Sangre en la Orina ○Nada
Muscoloesqueletal: ○Dolor de coyunturas ○Nada
Piel: ○Lesión de Piel ○Nada
Neurológico: ○Entumecimiento/Adormecimiento ○Nada
Psiquiátrico: ○Depresión ○Ansiedad ○Problemas al dormir ○Nada
Endocrino: ○Intolerancia a la temperatura ○ Nada
Sanguíneo/ Nodos linfáticos
○Problemas con Coagulación de sangre ○Nada
Alérgico/inmunológico
○Estornudos ○ Nada

*****Problemas no alistados arriba***** _____
¿Usa Tabaco? _____ Por cuánto tiempo _____ Cantidad _____
¿A dejado? _____ Cuando _____ Hay personas que fuman en el hogar _____

¿Toma bebidas alcohólicas? _____ Cuantas diarias _____
¿Toma bebidas con cafeína? _____ Cuantas diarias _____

*****Nombre de su Farmacia/ Dirección/ Número de Teléfono*****
_____

*****Medicamentos que toma ahora (nombre, cantidad y frecuencia)*****
_____
_____
_____

Cirugías previas
_____
_____
Problemas con anestesia _____ Que tipo _____

Historial Familiar
○Cáncer ○Diabetes ○Presión Alta ○Enfermedad Cardiaca ○Otra _____

Historial de Nacimiento (Para pacientes menores de 18)
Nacio a timpo _____ Problemas con la madre durante el embarazo _____
Problemas Respiratorios _____ Vacunas al Corriente _____

NOTICIA DE INFORMACIONN IMPORTANTE DEL PACIENTE

Conformidad de la Oficina Médica con la Regla de la Bandera Roja

La Comisión Federal de Comercio (FTC), en conjunción con otras agencias, publicaron La Regla de la Bandera Roja (Red Flag Rule), para definir con un acreedor y una institución financiera lo que deben de hacer para implementar un programa para Robo de Identidad. La Regla de la Bandera Roja requiere que los que estén cubiertos, incluyendo la práctica medica, que identifiquen cuentas en riesgo, y que definan, detecten y respondan a Banderas Rojas para prevenir o mitigar robo de identidad. Robo de Identidad Medico sucede cuando una persona pide servicios médicos usando el nombre de otras personas o su información de Aseguranza.

Fort Worth ENT está comprometido a proteger su identidad y a desarrollado política de conformidad que nos ayudara a proteger su información personal vital. Empezando el 1º de Febrero, nuestros empleados le estarán pidiendo lo siguiente a los pacientes y/o guardianes:

- Identificación con Foto (licencia, pasaporte, identificación de trabajo).
- Tarjeta de Aseguranza vigente.
- Verificación de dirección y número de teléfono.

Tenga en cuenta, nadie, incluyendo menores, podrán usar tarjeta Medica Flex, o tarjeta de crédito o hacer un pago usando cheque si el nombre del paciente no es igual al de la forma de pago. A menos que tengamos permiso por escrito del pagador.

Tenemos una forma disponible para que la persona mencionada en la tarjeta o cheque llene, firme y la regrese a nuestra oficina.

Por favor recuerde que todo esto es para instituir su protección. Fort Worth ENT esta comprometido a proteger a nuestros pacientes atreves de la más alta calidad de cuidado y servicios inigualables.

Gracias por su asistencia en ayudarnos a cumplir con nuestro programa de Robo de Identidad. Si gusta llenar una copia de nuestra Regla de la Bandera Roja, favor de preguntarle a nuestra recepcionista, y ella con gusto le dará una copia.

POLITICA FINANCIERA

Todos los pacientes deben de leer y firmar esta forma antes de recibir nuestros servicios.

- Es su responsabilidad en proveernos con su información actual de su aseguranza.
- Si usted falla en proporcionarnos esta información en un tiempo aportunado, su aseguranza puede negar su reclamo. Si su reclamo es negado, usted es responsable financieramente por los servicios rendidos.
- Queremos descartar que como sus proveedores médicos, nuestra relación es con usted, no con su compañía de aseguranza. El contrato de su aseguranza es entre usted y su aseguranza, y probablemente con su empleador. Es la responsabilidad de usted saber el nivel de servicios que cubre su aseguranza.
- Si usted tiene cobertura con MEDICAID, de cualquier tipo, usted nos tiene que dejar saber antes de su visita. ESTO ES PARTE DE SU ACUERDO CON MEDICAID. Y si falla en notificarnos de su cobertura con MEDICAID, ustes será responsable financieramente por los servicios rendidos.
- Nosotros podemos recibir pago de aseguranza después de verificar us cobertura. Tenga en cuenta que algunos, o quizá ninguno de sus servicios rendidos serán cubiertos completamente por su aseguranza. Usted es responsable financieramente por los servicios que no cubra su aseguranza.
- Co-Pago, Co-Aseguranza, y/o Deducibles deben de ser pagados al mismo tiempo que los servicios serán rendidos. Nosotros estimaremos esta cantidad basado en la información que recibamos de su aseguranza. Sin embargo, usted es responsable para hacer un pago en lleno, basado a su compañía de aseguranza ya cuando hayan pagado su reclamo, a pesar de nuestra estima.
- Es su responsabilidad en proveernos con su información de facturas.
- Debe de darnos su dirección actual, a donde le podamos mandar sus facturas, todos los números de teléfono actuales, y cualquier otra información importante.
- Le mandaremos un estado de cuenta (a la dirección dada) para notificarle de balances pendientes. Si tiene alguna prgunta, o cuestión de la validez de su balance, es su responsabilidad en contactar a nuestros empleados dentro de 30 dias después de recibir la factura. Contactenos al número 817-332-8848.
- Su pago debe der hecho en lleno despues de recibir la factura. Si el balance no está pagado entre 30 dias después, será considerado tarde.
- Si no es posible pagar su balance en lleno, favor de contactar nuestra oficina para hablar de un plan de pago. Si falla en hacer sus pagos, como acordamos, su cuenta puede ser referida a una agencia de colecciones profesionales y/o a un abogado. Usted será responsable por todos los costos de colecciones incurridos, incluyendo los costos de abogados y/o cortes, si es que aplican.
- Si hace un pago por cheque, y el banco lo regresa por cualquier razón, le agregaremos $25 a su balance original. Además, también podemos solicitar remedios legales previsto debajo de la ley de Texas.
- Podemos cobrarle un cargo por no venir a su cita si no habla para cancelar 24 horas antes de la cita.
- Si falla en mantener su balance de cuenta al corriente, será necesario cancelar o reprogramar su cita para otro dia.

_____ _____

Firma del Responsable Fecha

_____ _____

Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento

POLITICAS DE LA OFICINA

- Todos los pacientes tienen que llenar formularios antes de que el Doctor los atienda. La información debe de ser actualizada anualmente o cuando ocurra un cambio. Favor de dejarnos saber si hay un cambio en su dirección, número de teléfono, y/o Doctor Familiar.

- Habrá un cargo de $25 por llenar formularios médicos/deseabilidad/trabajo.

- Si necesita un relleno de sus medicamentos, háblenos mínimo 5 días de trabajo antes de terminarse su medicamento, así nos da más tiempo para obtener aprobación.

- Referencias- usted es responsable en contactar a su Doctor Familiar para que le dé una referencia para venir a nuestra oficina, si es que su póliza de aseguranza lo requiere. La mayoría de los Doctores Familiares requieren 48 horas de aviso para realizar una referencia.

- Apreciamos su paciencia en la área de espera. Nos esforzamos en mantener el horario de la clínica a tiempo, pero hay veces que tenemos emergencias. En estos casos, su espera puede ser más larga de lo normal.

- Abuso físico o verbal hacia los empleados y doctores no será tolerado.

Gracias por entender nuestra Política de la Clínica. Nos alegramos que usted ha elegido nuestra oficina para sus necesidades médicas.

_____ _____

Firma del Pacientes Fecha

correo electrónico Imprimir

NOTICIA DE INFORMACIONN IMPORTANTE DEL PACIENTE

Conformidad de la Oficina Médica con la Regla de la Bandera Roja

La Comisión Federal de Comercio (FTC), en conjunción con otras agencias, publicaron La Regla de la Bandera Roja (Red Flag Rule), para definir con un acreedor y una institución financiera lo que deben de hacer para implementar un programa para Robo de Identidad. La Regla de la Bandera Roja requiere que los que estén cubiertos, incluyendo la práctica medica, que identifiquen cuentas en riesgo, y que definan, detecten y respondan a Banderas Rojas para prevenir o mitigar robo de identidad. Robo de Identidad Medico sucede cuando una persona pide servicios médicos usando el nombre de otras personas o su información de Aseguranza.

Fort Worth ENT está comprometido a proteger su identidad y a desarrollado política de conformidad que nos ayudara a proteger su información personal vital. Empezando el 1º de Febrero, nuestros empleados le estarán pidiendo lo siguiente a los pacientes y/o guardianes:

- Identificación con Foto (licencia, pasaporte, identificación de trabajo).
- Tarjeta de Aseguranza vigente.
- Verificación de dirección y número de teléfono.

Tenga en cuenta, nadie, incluyendo menores, podrán usar tarjeta Medica Flex, o tarjeta de crédito o hacer un pago usando cheque si el nombre del paciente no es igual al de la forma de pago. A menos que tengamos permiso por escrito del pagador.

Tenemos una forma disponible para que la persona mencionada en la tarjeta o cheque llene, firme y la regrese a nuestra oficina.

Por favor recuerde que todo esto es para instituir su protección. Fort Worth ENT esta comprometido a proteger a nuestros pacientes atreves de la más alta calidad de cuidado y servicios inigualables.

Gracias por su asistencia en ayudarnos a cumplir con nuestro programa de Robo de Identidad. Si gusta llenar una copia de nuestra Regla de la Bandera Roja, favor de preguntarle a nuestra recepcionista, y ella con gusto le dará una copia.

Esta forma debe de ser llenada por la persona de la cual su nombre aparece en la Forma de Pago

Yo, _____, le doy permiso a

_____, que use mi
(Nombre del Paciente)

tarjeta Medica Flex, tarjeta de crédito personal, o mi cheque personal para pagar por los servicios rendidos por Fort Worth ENT.

Por favor de proveer los últimos **4 dígitos** del numero de la tarjeta o cuenta de banco que será usada para estas transacciones.

Tarjeta Medica Flex _____ Fecha de vencimiento _____

Tarjeta de Credito _____ Fecha de vencimiento _____

Número de Cuenta Bancaria _____

Yo entiendo que la información dada en este documento será vigente hasta las fechad de vencimiento dadas o hasta que yo de por escrito una carta de anulación o terminación a Fort Worth ENT.

Nombre del dependiente: _____

Firma de Aval: _____

Fecha: _____

Testigo: _____