

Dr. Dale Al Helman, M.D.
256-A San Jose St
Salinas, CA 93901
(831)757-5149
Fax (831) 757-5140

Dra. Borina Dramov, M.D.
337 El Dorado ST. Ste B-1
Monterey, CA 93940
(831) 655-7855

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Nombre (1º, 2º, apellido) _____ Dirección electrónica: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tel. de casa: _____ Del trabajo o celular: _____ Idioma que prefiere: _____

Empleador: _____ No. Telefónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F (encierre en un círculo) Raza: _____ Etnia: _____

Estado civil: _____ No. de SS: _____ No. de licencia de conducir: _____

Farmacia que prefiere: _____ Laboratorio que prefiere: _____

Médico de cabecera: _____ No. telefónico: _____

Nombre del tutor (si el paciente es menor de edad): _____

Domicilio (si difiere del dado anteriormente): _____

Compañía de seguros principal:

Nombre del asegurado principal: _____ Empleador: _____

No. de SS del asegurado principal: _____ FDN del asegurado principal: _____

No. de póliza o de asegurado: _____ No. del grupo: _____

Parentesco con el paciente: Soy yo mismo Cónyuge Persona a cargo (encierre en un círculo)

Compañía de seguros secundaria:

Nombre del asegurado principal: _____ Empleador: _____

No. de SS del asegurado principal: _____ FDN del asegurado principal: _____

No. de póliza o de asegurado: _____ No. del grupo: _____

Parentesco con el paciente: Soy yo mismo Cónyuge Persona a cargo (encierre en un círculo)

Contacto en caso de urgencia: _____ No. telefónico: _____

¿A quién podemos dar las gracias por remitirlo?: _____

Autorizo que se revele toda información necesaria para tramitar reclamos de seguros y obtener reintegros. Pido que el pago de los beneficios autorizados se efectúe en mi nombre a Dale A. Helman, M.D., (CCNMC). Esta cesión seguirá en vigor hasta que yo la revoque por escrito. Entiendo que me hago responsable económicamente de todo cargo que no sea pagado por mi compañía de seguros.

X _____
Firma del paciente o representante personal

Fecha

Nombre (1º, 2º, apellido) _____

ENCIERRE EN UN CÍRCULO

1) Estatura: _____ Peso: _____ libras

2) ¿Padece de alergia a algún **fármaco**? **SÍ** **NO**

Por favor indique cuál: _____

3) ¿Padece de alguna **otra** alergia? **SÍ** **NO**

Por favor indique cuál: _____

4) ¿Ha tenido alguna de las siguientes afecciones?

- | | | |
|----|----|--|
| SÍ | NO | Fiebre del valle (fiebre de heno) o asma |
| SÍ | NO | Convulsiones o apoplejías |
| SÍ | NO | Cáncer |
| SÍ | NO | Diabetes |
| SÍ | NO | Coágulos de sangre o flebitis |
| SÍ | NO | Infección renal o de la vejiga |
| SÍ | NO | Reacción a anestesia local o general |
| SÍ | NO | Cortisona |

5) ¿Toma actualmente algún medicamento? **SÍ** **NO**

Por favor indique cuál: _____

6) ¿Le han hecho alguna cirugía anteriormente? **SÍ** **NO**

Por favor indique cuál: _____

7) Que usted sepa, ¿tiene alguna enfermedad contagiosa? **SÍ** **NO**

Si es así, por favor indique cuál: _____

8) Hábitos: ¿Fuma? **SÍ** **NO**

No. de paquetes al día _____ ¿Durante cuántos años? _____

¿Consume alcohol? ¿Cuánto toma por semana _____ **SÍ** **NO**

9) ¿Tiene un marcapasos, endoprótesis, presilla para aneurismas o alguna pieza de metal en el cuerpo? **SÍ** **NO**

Si es así, por favor indique cuál: _____

10) ¿Padece de claustrofobia? **SÍ** **NO**

11) Marque la razón de su visita de hoy: () Accidente automovilístico () Lesión en el trabajo

() Lesión sufrida durante un deporte () Lesión sufrida en Casa () Otro motivo: _____

Por favor dé cualquier otra información sobre su salud que estime importante.

X _____
 Firma del paciente o representante personal

 Fecha

La Ley de 1996 sobre la Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) exige que a partir del 14 de abril de 2003 le ofrezcamos una copia impresa de la Notificación de Prácticas de Protección de Información. Por su comodidad, le ofrecemos el siguiente breve resumen. Ofrecemos una copia de nuestra Notificación completa, la cual le aconsejamos que lea totalmente. Se nos exige que le pidamos una sola vez que firme un acuso de recibo en el cual se indica que ha recibido este resumen. Se ofrece una copia de la Notificación completa previa solicitud.

De sus derechos como paciente

Usted tiene derechos con respecto a la información confidencial sobre su salud, los cuales figuran resumidos a continuación y descritos detalladamente en nuestra Notificación de Prácticas de Protección de Información completa.

Utilización de información confidencial sobre la salud

Se nos permite utilizar la información confidencial sobre su salud para efectos de tratamiento, pago, para efectuar actividades comerciales y evaluar la calidad y eficacia de nuestros procesos. Además, en circunstancias especiales se nos permite revelar información confidencial sobre la salud a otras entidades. Hemos establecido medidas de seguridad para proteger el secreto de la información sobre su salud. Sin embargo, es posible que cierta información sea revelada fortuitamente, como por ejemplo cuando alguien escucha por casualidad una conversación, durante el curso de comunicaciones autorizadas, tratamientos rutinarios, pagos o actividades de nuestra práctica. HIPAA reconoce que podría ser sumamente difícil evitar totalmente dichas revelaciones y las considera permisibles.

Revelaciones de información confidencial sobre su salud para las cuales se necesita su autorización

En el caso de revelaciones no relacionadas con tratamiento, pagos o actividades comerciales, obtendremos por escrito su consentimiento específico, salvo lo que se describe a continuación.

Revelaciones de información confidencial sobre su salud para las cuales no se necesita su autorización

Las leyes federales y estatales no nos exigen revelar cierta información confidencial sobre su salud sin obtener su autorización, como por ejemplo cuando la ley exige que se realicen denuncias de afecciones que afectan a la sanidad pública, cuando se emiten citaciones judiciales y para demás pedidos judiciales.

Restricciones de utilización y revelación

Usted puede solicitar restricciones de utilización o revelación de la información confidencial sobre su salud, pero la HIPAA no nos exige aceptar dichos pedidos. Sin embargo, si efectivamente los aceptamos, se utilizará únicamente el mínimo de dicha información para lograr el objetivo previsto.

Acceso a información confidencial sobre su salud

Usted puede solicitar por escrito acceso a una copia de su expediente clínico, o bien, una copia propiamente dicha. Si le negamos su pedido, le diremos por qué. Usted podrá apelar dicha decisión, la cual, en ciertas circunstancias, será examinada por un tercero que no entre en juego en la denegación.

Enmiendas de expedientes clínicos

Usted puede pedir por escrito que se realicen correcciones en su expediente clínico. Aceptaremos las enmiendas y avisaremos a las partes correspondientes, o le denegaremos su pedido con una explicación. Usted tiene el derecho de disputar dichas denegaciones y que sus objeciones sean asentadas en su expediente clínico.

Relación de revelaciones de información sobre su salud

Usted puede pedir por escrito una relación de las revelaciones de la información confidencial sobre su salud. Dicha relación excluye las revelaciones que se realicen durante el curso del tratamiento, pagos o actividades comerciales.

Quejas relacionadas con violaciones percibidas de sus derechos de protección de información

Usted puede presentar quejas respecto a cualquiera de nuestras prácticas de protección de información ante nuestro oficial encargado de protección de información o ante el Secretario de Sanidad y Servicios Humanos.

La ley federal conocida con el nombre de Ley de 1996 sobre la Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) exige la utilización y revelación de información confidencial sobre la salud.

Conforme a la HIPAA, a los proveedores de atención de la salud se les exige dar a los pacientes su Notificación de Prácticas de Protección de Información, para Información Confidencial sobre la Salud, y hacer un esfuerzo de buena fe por obtener por escrito un reconocimiento que indique que la notificación fue recibida.

Por tanto, yo, _____, reconozco que

(nombre en letra de molde del paciente o representante personal)

Central California Neurology Medical Corporation ha provisto una copia de su Notificación de Prácticas de Protección de Información resumida (marque una opción) _____ a mí _____ a otra persona, especifique _____.

X _____
Firma del paciente o representante personal

Fecha

En Central California Neurology Medical Corporation estamos convencidos de que parte de las buenas prácticas de atención de la salud consiste en establecer políticas financieras y comunicarlas a nuestros pacientes. Nos dedicamos a ofrecer la mejor atención posible para usted y deseamos que entienda totalmente dichas políticas.

1. **PAGO.** Lo esperamos de usted cuando acuda a su consulta. Aceptamos dinero en efectivo o cheques. El pago incluirá toda suma no amparada por concepto de deducible, coaseguro, pagos copartícipes o cargos no amparados por la compañía de seguros. Si usted no dispone de seguro médico o su póliza se encuentra actualmente bajo una cláusula de afección preexistente, contamos con que usted efectuará su pago íntegro al acudir a su consulta.
2. **SEGURO.** Somos proveedores participantes de varios planes de seguros y presentaremos todos los reclamos de seguros, una lista de los cuales se ofrece previa solicitud. Por favor recuerde que el seguro es un contrato entre el paciente y la compañía de seguros, y a la larga el paciente es responsable de efectuar su pago íntegro. Si su compañía de seguros no paga dentro de un plazo razonable el servicio practicado, se le mandará una factura a usted. Si más adelante recibimos un pago de la compañía de seguros, le reintegraremos a usted el pago excesivo.

Si nuestros médicos no figuran en la red de su plan, es posible que usted sea responsable de efectuar un pago parcial o total. Si usted está asegurado con un plan con el cual no tenemos un arreglo previo, prepararemos y mandaremos por usted el reclamo sin asignación. Eso significa que la compañía de seguros podrá mandar el pago directamente a usted, y por tanto, nuestro cobro por la atención prestada a usted vence cuando se ofrece el servicio. Debido a que existen diversos productos que ofrecen las compañías de seguros, nuestros empleados no pueden garantizar la elegibilidad y cobertura de usted. Antes de su cita, cerciórese de verificar, con el departamento de beneficios del asegurado de su compañía de seguros, los servicios y médicos que le corresponden. Usted es responsable de pedir una remisión debidamente fechada, si la exige su compañía de seguros, y de efectuar el pago si su reclamo es rechazado por falta de dicha remisión.

No todos los planes de seguros ofrecen todos los servicios. En caso de que su compañía de seguros determine que un servicio "no es amparado", usted será responsable de pagarlo íntegramente. El pago vence una vez que usted reciba el estado de cuentas de nuestra oficina. A menos que sea limitada por la póliza de su seguro, se considera que toda intervención que se facture en esta oficina es amparada.

3. **COBROS POR PAGOS EN MORA.** Podemos imponer una tasa del 12% anual a todo saldo de 90 días o más antiguo que tenga el paciente.
4. **CHEQUES DEVUELTOS.** Se impone un recargo por servicio de \$25.00. Se le pedirá que traiga dinero en efectivo o un giro postal para pagar la suma del cheque más el recargo por servicio.
5. **PRINCIPIOS DE CONTABILIDAD.** Los pagos y créditos se aplican primero al cobro más antiguo, salvo en el caso de pagos de seguro médico, los cuales se aplican a las fechas de servicio correspondientes.
6. **LLENAR FORMULARIOS MÉDICOS, COPIAR EXPEDIENTES CLÍNICOS, ETC.** Requiere tiempo del personal de oficinas, y de los médicos, requiere tiempo que podrían utilizar para atender a los pacientes. Podríamos exigir que se nos pague por adelantado por llenar formularios, copiar expedientes clínicos o realizar transcripciones adicionales de los médicos. El cobro se determina conforme al tamaño y la complejidad del formulario.
7. **CITAS PASADAS POR ALTO O CANCELADAS.** Nos reservamos el derecho de cobrar por citas canceladas, pasadas por alto o canceladas sin 24 horas de antelación.
8. Si tiene preguntas respecto a cualquier asunto relacionado a sus estados de cuenta, nuestro personal encargado de cuentas por cobrar se encuentra disponible para ofrecerle asistencia.

He leído y entiendo el Acuerdo de Cesión de Beneficios de la práctica y acepto ceñirme a sus condiciones. También entiendo y acepto que de vez en cuando dichas condiciones podrán ser enmendadas por la práctica.

Por tanto, yo, _____, reconozco que
 (nombre en letra de molde del paciente o representante personal)

Central California Neurology Medical Corporation ha provisto una copia de su Acuerdo de Cesión de Beneficios a (marque una opción) _____ yo mismo _____ u otra persona, especifique _____.

X _____
 Firma del paciente o representante personal

 Fecha