

Pagina de Informacion del Paciente



Seleccione Su oficina local:

Arcadia Downey Long Beach Orange Co.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE		APELLIDO		FECHA DE NACIMIENTO	SEGURO SOCIAL
DIRECCION		APTO#	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
(_____) TELEFONO		(_____) TELEFONO DE CELLUAR		¿Podemos enviarle mensajes de texto recordatorios al número de celular? SI o NO	
CORREO ELECTRÓNICO		MASCULINO/FEMENINO		ESTADO MATRIMONIAL	ALTURA PESO
NUMERO DE LICENCIA	ESTADO	FECHA DE VENCIMIENTO		OCUPACIÓN	
EMPLEADOR				(_____) TELEFONO DEL TRABAJO	
CONTACTO DE EMERGENCIA				(_____) TELEFONO	

INFORMACION DE SEGURO MEDICO Medicare Medi-Cal CCS HMO PPO Pago Privado VA Otro

NOMBRE DE DOCTOR PRINCIPAL		(_____) TELÉFONO DE DOCTOR
NOBRE DE DOCTOR QUE REFERIO		(_____) TELÉFONO DE DOCTOR

*****LA SIGUIENTE INFORMACION DEBE SER PARA EL ASEGURADO:

SEGURO MEDICO PRIMARIO	NUMERO DE SEGURO	SS# Y FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO
SEGURO MEDICO SECUNDARIO	NUMERO DE SEGURO	SS# Y FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO
TIENE EL PACIENTE UN CASO DE CCS? SI NO	SI TIENE, CUAL ES EL NUMERO DEL CASO? _____	

SI SE LASTIMO EN EL TRABAJO? SI NO

NOMBRE DE LA COMPANIA DONDE SE LASTIMO	FECHA EN QUE SE LASTIMO
NOMBRE DE LA ASEGURANSA RESPONSIBLE	NUMERO DE LA RECLAMACION

POR FAVOR LEER LO SIGUIENTE Y FIRMAR

Yo le doy autorizacion a Human Designs que me de servicios medicos recetados por mi doctor. Doy autorizacion a Human Designs por los servicios medicos. Yo entiendo que si mi aseguransa necesite una autorizacion y si decido recibir servicios antes de una autorización escrita, acepto responsabilidad financiera. Entiendo que la autorización no es una garantia de pago, solo una garantia de servicios medicos departe de mi jeguro medico. **Entiendo que si no soy elegible en el dia de los servicios, o si despues es determinado que mi plan no cubre lo que voy a recibir, yo soy responsable por el pago completo.** Yo entiendo que mi seguro medico puede aplicar un deductible o co-pago a Human Designs y soy responsable de pagar pronto por esta cantidad. Entiendo que no puedo regresar lo que reciba para reducir alguna deuda. Mi firma tambien da permiso para que mi doctor, grupo medico, o mi hospital de registro mande copias de mis registros médicos a Human Designs si es necesario para procesar mi cuenta.

Solo para la oficina:

FIRMA

FECHA

ESTA INFORMACION ES NECESARIA PARA DETERMINAR SU COBERTURA PARA ESTOS SERVICIOS

¿Ha recibido estos mismos servicios/aparatos o servicios/aparatos similares en el pasado? Sí No

¿Si contest si, cuales servicios/aparatos: _____

¿Donde recibió estos servicios/aparatos? _____

¿Cuando los recibió?: _____

¿Devolvió el aparato al proveedor original? Sí No

¿Es necesario reemplazar el aparato? Sí No

¿Hay necesidad medica? Sí No

Describe la necesidad previa: _____

Describe la necesidad presente: _____

RECONOCIMIENTO QUE RECIBÍ EL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Atesto que recibí una copia del Anuncio de Practicas de Privacidad (Notice of Privacy Practices) de Human Designs. El Anuncio de Practicas de Privacidad (Notice of Privacy Practices) describe los tipos de empleo y revelamiento de mi información medica que pudieran suceder con mi tratamiento, pago de mi cuenta o en otras clases de operaciones de Human Designs. El Anuncio de Practicas de Privacidad (Notice of Privacy Practices) describe mis derechos y los deberes de Human Designs con respecto a mi información medica que esta pretejida. El Anuncio de Practicas de Privacidad (Notice of Privacy Practices) esta puesto en los cuartos de pacientes y en la website de Human Designs www.humandesigns.com.

Human Designs reserva el derecho de cambiar la póliza de privacidad descrito en el Anuncio de Practicas de Privacidad (Notice of Privacy Practices). Yo puedo obtener una copia del Anuncio de Practicas de Privacidad (Notice of Privacy Practices) revisado, con tan solo llamando a la oficina y pidiendo que me manden una copia por correo, pidiendo una cuando tenga una cita o en la sitio de internet de Human Designs.

He recibido las Normas de Proveedores de Medicare Sí No

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE PERSONAL FECHA

LETRA DE MOLDE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE FECHA

INFORMACIÓN DE SEGUROS

Verificaremos su seguro para el producto médico ordenado por su medico y le podemos explicar los beneficios que recibimos de su compañía de seguros. No somos responsables por la incorrecta información de beneficios que nos ha proporcionado su seguro médico durante el proceso de verificación. Por favor consulte su libro de beneficios y/o consulte con su compañía de seguros para más detalles y asistencia.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE PERSONAL FECHA