

Pagador secundario de Medicare

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Medicare requiere que identifiquemos si Medicare es el pagador primario o secundario, por favor responda todas las preguntas requeridas a continuación:

1. Está recibiendo beneficios de alguno de los siguientes programas?
Black Lung/Pneumoconiosis Research Grant Veteran Affairs
2. La enfermedad/lesión se debió a un accidente o condición con el trabajo?
____ Si ____ No _____ Fecha de la enfermedad/lesión
3. La enfermedad/lesión se debió a un accidente no relacionado con el trabajo?
_____ Fecha del accidente
4. Tiene derecho a Medicare en función de su _____ edad _____ discapacidad
_____ enfermedad _____ renal en etapa terminal
5. Está actualmente empleado? _____ Si _____ No
6. Su cónyuge está actualmente empleado? _____ Si No
7. Tiene cobertura de plan de salud grupal (GHP) basada en su propio empleo actual o en el de su cónyuge? _____ Si _____ No
8. El empleador que patrocina su plan de salud grupal (GHP) emplea a 20 o más empleados?
9. Es usted actualmente un paciente en un centro de enfermería especializada, como un asilo de ancianos? (No se requiere formato largo. Alerta: si es así, facture a SNF, no a Medicare)

Confirmó que la información anterior es correcta.

Firma del paciente/representante

Relación al paciente

PREGUNTAS DE ETNICIDAD Y RAZA REQUERIDAS
POR EL ESTADO

INFORMACIÓN DE CONTEXTO:

La ley de Texas requiere que el envío de Recopilación de Información de Atención Médica de Texas recopile información sobre la raza/origen étnico de los pacientes del hospital. Los hospitales deben pedirle a los pacientes que identifiquen su propia raza y origen étnico. Los datos obtenidos a través de este proceso se utilizarán para ayudar a los investigadores a determinar si los ciudadanos de Texas están recibiendo acceso a una atención médica adecuada. Si los pacientes no logran identificar su propia raza y origen étnico, el personal del hospital utilizará su mejor juicio para realizar la identificación.

Pregunta 1: Fundamento étnico (marque la casilla que el paciente crea que identifica con mayor precisión su origen étnico)

Es el paciente...?

- (1) Hispano/Latino
- (2) Not Hispana/Latino
- (2) Desconocido
- (3) Nego contestar

Pregunta 2: Raza (marque la casilla que el paciente crea que identifica con mayor precisión su origen étnico)

Es el paciente...?

- (1) Indio americano/Esuimal/Aleut
- (2) Isleño Asiático o del pacífico
- (3) Negro
- (4) Blanco
- (5) Nativo hawaiano
- (6) Otro incluye todas las demás respuestas no enumeradas anteriormente
- (7) Nego contestar

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Directiva anticipada/Testamento Vital: Si o No

Número de seguro social del paciente: _____

Correo electrónico del paciente: _____

Surgery Center 121
9955 Gillespie Drive, Suite 200
Plano, TX 75025
Ph: 469-606-0060
Fax: 469-606-0009
info@surgerycenter121.com

SURGERY
CENTER 121

Autorización para Divulgar Información y Cesión de Beneficios

Por favor ponga sus iniciales en cada casilla y firme abajo.

_____ CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Yo suscribo su consentimiento y autorizo todo tratamiento diagnóstico y terapéutico realizado en el centro que se considere necesario o aconsejable a juicio del médico tratante. Cualquier tejido o partes extraídas pueden ser conservados y examinados o desechados por el centro de acuerdo con la práctica habitual de la instalación. Entiendo que mi médico puede ordenar que se me extraiga un análisis de sangre para incluir, entre otros, anticuerpos contra el VIH (SIDA) y la hepatitis. Doy mi consentimiento para el retiro solo si un empleado o médico ha tenido una exposición accidental a mis fluidos corporales. Entiendo que podría obtener los resultados de estas pruebas de mi médico, quien puede explicarlas. Autorizo la divulgación de los datos necesarios para procesar la prueba de una reclamación de seguro y entiendo que no habrá ningún **costo** para mí por esta prueba.

_____ ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Por la presente asigno todos los beneficios médico y / o quirúrgicos, que incluyen los principales beneficios médicos a los que tengo derecho, incluidos Medicare, seguros privados y grupales u otro plan de salud al Surgery Center.

_____ LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN: Una fotocopia de la asignación debe ser considerada tan válida como un original y revocable por mí solo por escrito. Por la presente autorizo a dichos asignados a divulgar toda la información para asegurar el pago.

_____ RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Acepto la responsabilidad total de las cuentas con Surgery Center 121, ya sea que las pague el seguro o no.

_____ EN FECHA DE SERVICIO: He recibido información escrita y confirmación verbal de haber recibido y comprendido lo siguiente: derechos y responsabilidades del paciente, proceso de notificación de quejas/quejas y directivas anticipadas.

_____ Entiendo y estoy de acuerdo, que en el momento en que el paciente haya cumplido con los criterios médicos del Surgery Center o para salir de la instalación, tendré presente un adulto responsable para llevarme a mí / al paciente a casa. Liberó al Surgery Center de cualquier responsabilidad por hechos que violen el acuerdo.

Firma del paciente

Fecha

Testigo

TEMP A LA LLEGADA: _____

FORMULARIO DE DETECCIÓN DE CORONAVIRUS (COVID-19)

Para brindar la máxima seguridad a nuestros pacientes y miembros del equipo, responda las siguientes preguntas:

Usted o la(s) persona(s) que lo acompañará el día de su procedimiento ha viajado a o a través de China continental en los últimos 14 días? Si No

En caso afirmativo: Alguien desarrolló fiebre o síntomas respiratorios (tos, dificultad para respirar) que requirieron hospitalización? Si No

Usted o la(s) persona(s) que lo acompañará el día de su procedimiento ha viajado a o a través de Irán, Italia, Corea del Sur o Japón en los últimos 14 días? Si No

En caso afirmativo: Alguien desarrolló fiebre o síntomas respiratorios (tos, dificultad para respirar) que requirieron hospitalización? Si No

Usted o la(s) persona(s) que lo acompañarán el día de su procedimiento ha tenido una "enfermedad de las vías respiratorias inferiores" grave que requirió hospitalización sin origen de exposición o un diagnóstico explicativo alternativo (es decir, influenza, neumonía)?

Si No

Usted o las persona(s) que lo acompañarán el día de su procedimiento han estado en contacto cercano con alguien que con caso confirmado de COVID-19 en los últimos 14 días?

Si No

En caso afirmativo: Alguien desarrolló fiebre o síntomas respiratorios (tos, dificultad para respirar)?

Si No

Signos y Síntomas:

Los signos y síntomas típicos de infección son:

Estos síntomas pueden estar presentes o no en diversos grados.

Tos

Fiebre

Dificultad para respirar

FIRMA: _____

FECHA: _____

Surgery Center 121
9955 Gillespie Drive, Suite 200
Plano, TX 75025
Ph: 469-606-0060
Fax: 469-606-0009
info@surgerycenter121.com

SURGERY
CENTER 121

**AVISO DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO Y
AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN**

Nombre: _____

FDN: _____

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRIVACIDAD: Al firmar este formulario, reconozco que me han informado del aviso de privacidad del Surgery Center 121, que describe las formas en que el centro puede usar y divulgar mi información de atención médica para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos descritos y permitidos y divulgaciones. Entiendo que una copia de este aviso está disponible y se me proporcionará cuando la solicite. Soy consciente de que se me anima comunicarme con el oficial de privacidad designado en el aviso si tengo una pregunta o queja. En la medida en que lo permita la ley, doy mi consentimiento para el uso de la divulgación de mi información para los propósitos descritos en el Aviso de privacidad.

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Surgery Center 121 puede utilizar los siguientes métodos de comunicación con respecto a la información relacionada con mi salud personal, tratamiento o pago por tratamiento. Reconozco que soy responsable de actualizar esta información según sea necesario. Esta solicitud reemplaza cualquier solicitud previa de métodos de comunicación que pude haber hecho.

Por el teléfono a:

Casa: _____

Movil: _____

Trabajo: _____

Surgery Center 121 puede dejar mensaje a mi buzón de voz/contestador automático

Surgery Center 121 puede hablar con cualquiera que conteste el teléfono

Surgery Center 121 podrá hablar solo con:

Doy permiso para que mi información médica protegida sea divulgada con el propósito de comunicar resultados, hallazgos y decisiones de atención a los miembros de la familia y otras personas que se enumeran a continuación:

Nombre de Individual

Relacion

Numero telefonico

Surgery Center 121
9955 Gillespie Drive, Suite 200
Plano, TX 75025
Ph: 469-606-0060
Fax: 469-606-0009
info@surgerycenter121.com

SURGERY
CENTER 121

Esta autorización es: (marque uno)

- Información restringida de atención médica relacionada con el siguiente tratamiento, condición o fechas de tratamiento.
- Sin restricciones, toda la información de atención médica

Esta autorización es: (marque uno)

- Relacionado con el tiempo y expirará el: (Fecha) _____
- Relacionado con el evento y está por expirar el: (Evento) _____
- Válida hasta que sea revocada

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento notificando por escrito al centro mi deseo de hacerlo. También entiendo que no puede restringir la información que ya se haya compartido en base a esta autorización.

Con mi firma a continuación, reconozco haber recibido esta divulgación y autorizó la discusión de mi atención médica y asuntos relacionados como se indica arriba.

Firma del paciente (or representante)

Nombre del paciente

Relacion

Fecha

INCAPACIDAD PARA OBTENER EL RECONOCIMIENTO (para completar solo si no se obtiene la firma)

- El paciente carece de la capacidad de comprender el Aviso de prácticas de privacidad.
- Otro:

Firma: _____
(representante de la instalación)

Fecha: _____

Surgery Center 121
9955 Gillespie Drive, Suite 200
Plano, TX 75025
Ph: 469-606-0060
Fax: 469-606-0009
info@surgerycenter121.com

SURGERY
CENTER 121

RECONOCIMIENTO DEL CONDUCTOR RESPONSABLE

Nombre del Paciente: _____

FDN: _____

Para garantizar la seguridad del paciente, las políticas requieren que todos los pacientes que reciben sedación estén acompañados por un adulto responsable que pueda llevar al paciente a casa después de la cirugía y que los conductores permanezcan en las instalaciones hasta que el paciente esté listo para ser dado de alta. En caso de que un conductor no pueda permanecer en el establecimiento durante la totalidad de la estadía del paciente, háganoslo saber y con gusto lo ayudaremos a reprogramar el procedimiento para una fecha posterior.

Como conductor del paciente, reconozco que estoy al tanto de la política de conductor responsable que exige que debo permanecer en el centro hasta que el paciente esté listo para ser desechado. Entiendo que si debo dejar el centro, el procedimiento quirúrgico será cancelado y reprogramado para una fecha posterior. También entiendo que es habitual y normal facturar al seguro por los procedimientos quirúrgicos que se cancelan y que el paciente será financieramente responsable de cualquier deducible o coseguro que no cubra el seguro.

Nombre del Conductor: _____

Firma del Conductor: _____

Numero de Telefono: _____

Como paciente, reconozco que estoy al tanto de la política del conductor responsable que requiere que mi conductor permanezca en las instalaciones hasta esté listo para ser dado de alta. Si mi conductor debe salir de la instalación, mi procedimiento quirúrgico será cancelado y reprogramado para una fecha posterior. También entiendo que es habitual y habitual facturar a mi seguro los procedimientos quirúrgicos que se cancelan y que seré responsable financieramente de cualquier deducible o coseguro que no cubre mu seguro.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____