

Tucson Ear, Nose, & Throat Associates, P.C.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre Legal, Completo del Paciente _____
Primer Nombre _____ Apellido _____ Segundo Nombre _____
Fecha de Nacimiento ___/___/___ Edad ___ Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo
Domicilio físico del paciente _____ # de Apartamento _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Dirección de Correo (si es diferente a la anterior) _____ # de Apartamento _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono en casa (____) _____ Celular (____) _____ Trabajo (____) _____
Correo Electrónico _____ Para Quien Trabaja el Paciente _____
Género: Masculino Femenino
Preferencia de Comunicación: Celular Casa Correo Electrónico Correo regular Portal del Paciente
NSS _____ - _____ - _____ Nombre del Dr. Que lo Refirió _____ Dr. De Cabecera _____
Idioma: Inglés Español Francés Alemán Italiano Mandarín Vietnamés Ruso
Raza: Blanco Americano Africano Indígena Americano/Indígena de Alaska
Nativo de Hawái u Otra Isla del Pacífico Asiático
Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino

PADRES /PARTIDO RESPONSABLE ECONÓMICAMENTE – llene por favor si es diferente a lo anterior o si paciente es menor de 18 años.

Nombre Legal Completo _____ NSS _____ - _____ - _____
FDN: _____ / _____ / _____ # de Teléfono (____) _____ Parentesco con el Paciente _____
Para Quien Trabaja _____ Teléfono de Trabajo (____) _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Compañía de Seguro Primordial _____ #ID de la Póliza _____ #de grupo _____
Nombre del que lleva la Póliza _____ FDN: _____ / _____ / _____
Nombre en la Póliza _____ Teléfono _____
Parentesco con el Paciente _____ Cantidad de Co-Pay \$ _____
Compañía de Seguro Secundario _____ #ID de la Póliza _____ #de grupo _____
Nombre del que lleva la Póliza _____ FDN: _____ / _____ / _____
Nombre en la Póliza _____ Teléfono _____
Parentesco con el Paciente _____ Cantidad de Co-Pay \$ _____
¿La consulta de hoy tiene que ver con lesión bajo la compensación al trabajador? Sí No
Si contesto que sí, por favor llene la información siguiente:
Nombre de la Compañía de Seguro _____ Dirección del Cobro o Reclamos _____
del Reclamo _____ Fecha del Accidente o Lesión _____

INFORMACIÓN DE COMUNICACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE EN CUANTO A LA RESPONSABILIDAD ECONÓMICA Y EL COBRO POR SU FALTA A LA CONSULTA, AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE LAS PRESTACIONES MÉDICAS

La siguiente es nuestra política en caso de que no asista a la consulta con su médico, esto es si usted no avisa con 24 horas de anticipo. Para cancelar diagnósticos especializados para exámenes con los departamentos en casa de Audio y Alergia necesita hacerlo con 48 horas de anticipo. Exámenes especializados incluyen Auditory Brainstem Response (ABR), Electronistagmografía (ENG), Electocochleography (ECoG), Examen de Alergia en la Piel, Ultrasonido de la Tiroides (US) o Video Estroboscopio.

La cuota por no presentarse a una consulta programada es de \$25.00, y por no presentarse a una consulta diagnostica programada es de \$50.00. Tucson Ear, Nose & Throat cobrará una cuota de \$20.00 por cada cheque que bote por falta de fondos (NSF) por sus siglas en inglés.

Ear Nose & Throat tiene contratos con varios planes de seguro, algunos que requieren de referencias apropiadas y/o autorizaciones. Es la responsabilidad del paciente el conseguir el referido y/o la autorización. También es responsabilidad del paciente el proveer la información actual del seguro medico incluyendo planes de AHCCCS. Yo entiendo que soy responsable por cualquier costo si no lleno los requisitos, no he presentado la referencia apropiada y/o autorización, o si los servicios que he recibido no son prestaciones que cubre mi seguro. Doy mi autorización para que todas las prestaciones de seguro se paguen directamente a Tucson Ear, Nose & Throat. También autorizo que se divulgue mi información médica con el propósito de procesar los reclamos, de obtener o dar información a otros doctores o a mi mismo/a.

Firma

Fecha

Nombre de paciente en letra de bloque

Fecha

PERMISO PARA DAR INFORMACIÓN ESPECÍFICA

Yo autorizo específicamente a Tucson Ear, Nose & Throat para que divulguen mi información médica y/o de gastos a los siguientes individuos:

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

Firma

Fecha

Nombre en letra de bloque

AVISO DE LA PRIVACIDAD EN LA PRACTICA (HIPAA por sus siglas en inglés)

Yo reconozco que se me ha avisado que el Aviso de Privacidad en la Practica para Tucson Ear, Nose & Throat se encuentra expuesto en la oficina para mi información.

Firma

Fecha