

FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE - <i>Bienvenido a Center for Vein Restoration (complete todos los campos; gracias)</i>			
NOMBRE (apellido, inicial del segundo nombre, primer nombre)		FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	SEXO - M/F
DIRECCIÓN ACTUAL		CIUDAD	ESTADO
		CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO	
RAZA/ETNIA	IDIOMA PREFERIDO	OCUPACIÓN	
MÉDICO QUE DERIVA - NOMBRE		NÚMERO DE TELÉFONO	
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA - NOMBRE		NÚMERO DE TELÉFONO	
NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA	RELACIÓN	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO

SEGURO PRINCIPAL			
NOMBRE DEL CORREDOR DE SEGUROS PRINCIPAL		PÓLIZA/N.º IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO	
TITULAR DE LA PÓLIZA - NOMBRE DEL ASEGURADO (apellido, primer nombre)		Grupo n.º	
RELACIÓN CON EL PACIENTE: <input type="checkbox"/> USTED MISMO <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> PADRE/MADRE <input type="checkbox"/> TUTOR <input type="checkbox"/> OTRO:		FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA
SEGURO SECUNDARIO - <i>(Si corresponde)</i>			
NOMBRE DEL CORREDOR DE SEGUROS		PÓLIZA/N.º IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO	
TITULAR DE LA PÓLIZA - NOMBRE DEL ASEGURADO (apellido, primer nombre)		Grupo n.º	
RELACIÓN CON EL PACIENTE: <input type="checkbox"/> USTED MISMO <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> PADRE/MADRE <input type="checkbox"/> TUTOR <input type="checkbox"/> OTRO:		FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA

¿Con qué frecuencia siente los siguientes problemas en sus piernas?

Cuestionario sobre síntomas de venas varicosas - Seleccione [x] todos los que correspondan						
SÍNTOMAS	Siempre	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	Algunas veces	Rara vez	Nunca
Pesadez						
Dolor						
Hinchazón						
Palpitaciones						
Picazón						

Cesión y publicación: Certifico que la información proporcionada es correcta. Por medio del presente, autorizo la cesión de beneficios del seguro para el asegurado, los cuales se deberán pagar a Center for Vein Restoration (CVR, por sus siglas en inglés) por los servicios prestados, y autorizo a CVR a publicar información médica con fines de tratamiento, pago y operaciones médicas. Los pagos recibidos por los servicios que CVR me haya prestado podrán destinarse a las facturas impagas que me corresponda pagar, sujeto a la coordinación de las reglas sobre beneficios. Reconozco que soy plenamente responsable de todos los servicios no cubiertos, copagos, coseguros y deducibles. Asimismo, me hago responsable de los honorarios por cobros, gastos judiciales u honorarios legales que surjan en caso de incumplimiento por falta de pago, y acepto que se fije un arancel de \$35.00 por cada cheque rechazado por falta de fondos.

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR

FECHA

Rev. ENE/2022

1-800-FIX-LEGS (349-5347)

www.centerforvein.com



Formulario de protección de la privacidad del paciente y en virtud de la ley HIPAA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

En Center for Vein Restoration (CVR), mantener la privacidad de su información es fundamental. En apoyo del cumplimiento de CVR con las reglamentaciones de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), hemos establecido nuestro **Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso")**. El Aviso describe las maneras en las que CVR puede usar y divulgar su información médica (denominada "información médica protegida" [Protected Health Information, "PHI"]) e informarle sobre sus derechos con respecto a la PHI en nuestro poder. CVR limita el uso y la divulgación de su PHI a la cantidad mínima necesaria. Cuando se requiera la divulgación de su PHI, nuestro personal solicitará su autorización por escrito antes de la divulgación y mantendrá un registro de todas las divulgaciones de PHI. *Se le puede proporcionar una copia del Aviso para que lo revise en cuando se registre y puede consultarlo en el sitio web de CVR.*

Para garantizar su comprensión de las Protecciones de la privacidad del paciente y en virtud de la ley HIPAA de CVR, revise los siguientes consentimientos y las autorizaciones, y confirme su reconocimiento mediante la colocación de su firma y la fecha donde se solicita. Muchas gracias.

Consentimiento para la divulgación de la información médica protegida:

En virtud de las reglamentaciones de privacidad, CVR usará su información médica protegida para llevar adelante tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Esto puede incluir compartir PHI con su(s) plan(es) de seguro médico y otros proveedores de atención médica que participan en su atención, así como también las personas que usted designe a continuación. Consulte nuestro "Aviso de Prácticas de Privacidad" para obtener una descripción completa. Usted tiene derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento notificando por escrito al funcionario de privacidad, ubicado en: 7474 Greenway Center Drive, Suite 1000, Greenbelt, MD 20770.

Otorgo mi consentimiento y autorizo a Center for Vein Restoration a: (i) comunicarse con mis proveedores de atención médica para divulgar información relacionada con mi atención; y (ii) usar y divulgar mi PHI para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Firma del paciente (tutor legal)

Fecha

Designación de otros cuidadores o un representante personal para divulgación de PHI:

Por el presente autorizo e indico que CVR puede divulgar mi información médica a otros cuidadores o representantes personales (designados a continuación) ya que dicha(s) persona(s) participan en mi atención médica o para el pago de mi atención. CVR divulgará, según su criterio profesional, la cantidad mínima de PHI necesaria relevante para su participación en su atención médica o solicitud. Solamente las personas identificadas a continuación estarán autorizadas a acceder a su PHI. *Si no desea designar a ninguna persona para que tenga acceso a su PHI además de usted, marque la casilla Nadie. → - NADIE*

<u>"Persona designada"</u> (nombre, en letra de imprenta)	<u>Relación con el paciente</u>	<u>N.º de teléfono/contacto</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Reconocimiento de revisión y/o recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad del centro:

Reconozco que se me ofreció la oportunidad de revisar el **Aviso de Prácticas de Privacidad** del centro ("Aviso"), y si lo solicité, se me entregó una copia del *Aviso*. Comprendo que los términos del *Aviso de Prácticas* están sujetos a cambio y que puedo solicitar una copia actualizada del *Aviso* en cualquier momento al personal de CVR o comunicándome con el funcionario de privacidad a la dirección mencionada anteriormente o por correo electrónico a privacy.officer@centerforvein.com.

Firma del paciente (tutor legal)

Fecha

Personal de CVR: He hecho un esfuerzo de buena fe para obtener el reconocimiento del paciente por escrito del recibo del Aviso pero no fue posible debido a:	
<input type="checkbox"/> El paciente se negó a firmar	<input type="checkbox"/> El paciente no pudo firmar
<input type="checkbox"/> Otro:	Iniciales del empleado _____ Fecha: _____



Formulario de consentimiento, asignación de beneficios y reconocimiento del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Lea y reconozca los siguientes consentimientos, las asignaciones y las autorizaciones.

Consentimiento para diagnóstico y tratamiento médico y/o quirúrgico: Deseo ser evaluado y tratado por Center for Vein Restoration (CVR). Por el presente acepto y otorgo mi consentimiento a los proveedores/personal de CVR para solicitar, indicar y proporcionarme el diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico que consideren apropiado para diagnosticar y/o tratar mi(s) afección(es) médica(s).

Asignación de beneficios de seguro y autorización para pagar beneficios de seguro: Autorizo a CVR a solicitar beneficios para servicios prestados a mi persona o al paciente bajo mis pólizas de seguro médico que proporcionan beneficios. Asigno y autorizo el pago de beneficios de mi(s) plan(es) de seguro a CVR y otorgo mi permiso para comunicarse con mi empleador o plan(es) de salud en relación con la información y cobertura de seguro de mis beneficios médicos.

Política de cancelación/no presentación: Para acomodar los horarios de la atención del paciente y proporcionar citas oportunas, nuestro centro cuenta con una política de cancelación/no presentación: Cualquier cita omitida o a la que no se presente para estudios de diagnóstico por imágenes, visitas o tratamientos que no se cancele 48 horas antes de la hora acordada puede tener un cargo de \$50.00. Nuestro consultorio reserva tiempo para su atención médica de buena fe; tenga la amabilidad de comunicarse con nuestro consultorio al menos 48 horas antes de la hora de su cita para cancelar o reprogramar una cita. Muchas gracias.

Política de pago y acuerdo financiero del paciente: Comprendo que CVR le facturará a mi(s) plan(es) de seguro médico por la atención que reciba. Acepto que los pagos de mi(s) plan(es) de salud vayan directamente a CVR. Comprendo que CVR puede facturarme directamente cuando: (1) yo elija recibir la atención que cubra mi plan médico pero no asegure remisión necesaria o una aprobación para la atención de mi plan médico; (2) yo elija no usar mi cobertura médica y acepte pagar la atención de mi propio bolsillo; (3) CVR no participe en mi plan médico y yo acepte pagar atención “fuera de la red”; o (4) yo reciba atención por servicio(s) o suministros que no están cubiertos por mi(s) plan(es) de salud. Acepto también pagar todo costo de recaudación relacionado con mi responsabilidad financiera.

Autorización para el uso de copias: Autorizo el uso de una copia de estas autorizaciones y asignaciones definidas con mi firma a continuación en lugar del documento original en todas las presentaciones de reclamaciones de seguro y para la divulgación de información médica protegida específica o de otro tipo, ya sea de forma manual, electrónica o telefónica.

Comprendo y acepto los consentimientos, las asignaciones y las autorizaciones anteriores:	
<i>(Firme y coloque la fecha a continuación)</i>	
_____	_____
Paciente/parte responsable	Fecha

“Firma en archivo” de por vida del beneficiario de Medicare: *(Se debe completar si el paciente tiene cobertura de Medicare)*

Solicito que el pago de los beneficios de Medicare autorizados se hagan a nombre de CVR por servicios prestados a mi persona por parte de proveedores de CVR. Autorizo a cualquier poseedor de información médica acerca de mi persona a divulgar a los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) la información necesaria para determinar estos beneficios. Comprendo que mi firma a continuación solicita que el pago se haga y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar la reclamación. Mi firma a continuación autoriza la divulgación de la información a cualquier otra compañía aseguradora. Para reclamaciones “asignadas”, CVR acepta la asignación definida de Medicare como la base de pago y yo seré responsable del pago del deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos según la Explicación de Beneficios de Medicare.

_____	_____
Beneficiario de Medicare/representante autorizado	Fecha

CONSENTIMIENTO PARA MEDIAS DE COMPRESIÓN Y REABASTECIMIENTO PERIÓDICO

Reconozco que el Centro de Restauración de Venas ha recomendado la terapia de compresión como tratamiento para mis síntomas, los cuales podrían derivar en una condición crónica que requiera manejo continuo de compresión. Dado que las medias de compresión pierden su efectividad terapéutica después de un determinado número de usos y lavados, estoy consciente de que mi seguro puede cubrir múltiples pares de medias de compresión cada año para ayudar a gestionar mi condición.

Al firmar abajo, doy mi consentimiento para que el Centro de Restauración de Venas me envíe automáticamente nuevos pares de medias de compresión conforme a los límites de cobertura de mi plan de seguro. Entiendo que puedo ser responsable de cualquier costo no cubierto por mi seguro, incluyendo deducibles o copagos aplicables. También entiendo que tengo el derecho de cancelar este servicio de envío automático en cualquier momento contactando al Centro de Restauración de Venas al 855-436-2243, Opción 3.

Autorización del Paciente para el Envío Recurrente de Medias de Compresión

Acepto

Rechazo

Firma (Nombre del Paciente)

Nombre Completo del Paciente Impreso

Fecha