



Sleep Disorder Center

Información del Paciente

Información de Persona Responsable

Nombre _____

Nombre _____

Dirección _____

Dirección _____

Ciudad _____

Ciudad _____

Teléfono de casa _____

Teléfono Casa _____ Celular _____

Teléfono celular _____

Seguro Social _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo M ___ F ___

Fecha de nacimiento _____ Sexo M ___ F ___

Estado de matrimonial S ___ M ___ W ___ B ___ SEP ___

Teléfono de trabajo _____

Empleador _____

Seguro Social _____

Empleador _____

Teléfono de trabajo _____

Número de licencia de conductor _____

Email _____

Contacto de Emergencia

Nombre _____

Relación _____

Casa _____ Celular _____

Seguro primario

Seguro secundario

Compañía de Seguro _____

Compañía de Seguro _____

Número de ID _____

Número de ID _____

Número de Grupo _____

Número de Grupo _____

Suscriptor _____

Suscriptor _____

Fecha de nacimiento _____ SS# _____

Fecha de nacimiento _____ SS# _____

Relación con el paciente _____

Relación con el paciente _____

Publicación de información médica y de asignación de prestaciones

El consentimiento para el tratamiento: Doy mi consentimiento y autorización a la administración de todos los tratamientos que se consideren conveniente o necesarios, a juicio de cualquier proveedor que me trate. Usted está autorizado a proporcionar una copia de este informe, a mi compañía seguros.

Acuerdo financiero, asignación de beneficios: Estoy de acuerdo en pagar todas las cuotas y los copagos por servicios no cubiertos por un contrato de plan médico. Se ha acordado que los pagos no se retrasen o retengan a causa de cualquier cobertura de seguro o la tramitación de reclamaciones al respecto.

Autorización y asignación: Yo autorizo a agentes de Oxnard Sleep Disorders Center, Inc., para proporcionar información a las compañías de seguros o de revisión de organizaciones de tercer partido/ portadores de mi parte con respecto a mi enfermedad y tratamientos y por lo presente cedo a Oxnard Sleep Disorders Center, Inc. todos los pagos por servicios médicos prestados. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como la original.

Firma de paciente/padre o tutor

Relación con el paciente

Fecha



Políticas y responsabilidades del paciente

Nombre del paciente: _____

Si es menor de edad, nombre del padre/tutor: _____

Planes de seguro PPO/ Medicare/ Gold Coast Health Plan/ Ventura County Health Care:

Su tarjeta del seguro es el comprobante de cobertura y debe presentarse antes de recibir el servicio.

Deducible: Es su responsabilidad pagar al momento de recibir el servicio hasta que la cantidad de su deducible, establecida por su aseguradora, se haya alcanzado.

Efectivo/Pago propio: Los pagos deben realizarse en su totalidad al momento de recibir el servicio, a menos que se hayan hecho arreglos específicos de pago con nuestro departamento de facturación antes de su cita.

En Oxnard Sleep Disorders Center, Inc., sólo programaremos una cita si hemos recibido una orden firmada de su médico.

Incumplimiento de citas: Nuestra oficina tiene una POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE 72 horas; es su responsabilidad llamarnos si no podrá asistir a su cita. Se le cobrarán \$200 por cualquier cita incumplida.

Cheques devueltos: Tenemos una CUOTA DE \$35 que se cobrará por cualquier cheque devuelto por falta de fondos.

Cuentas morosas: Éstas se reportarán a una agencia de cobranza después de 60 días.

Emisión de expedientes médicos: Se cobrará una cuota por copiar y emitir el expediente médico de un paciente; \$28 si los expedientes deben enviarse por correo, y \$25 si estos se recogerán.

Pacientes menores de edad (menores de 18 años): En apego a las leyes de California, todos los menores de edad deben ir acompañados por un padre o tutor para recibir servicios en nuestro centro del sueño. Si el padre o tutor no puede estar presente, debe entregarse, antes de la cita, una autorización por escrito para recibir el servicio.

ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD: HE LEÍDO Y COMPRENDIDO LA NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD Y LAS POLÍTICAS DE OXNARD SLEEP DISORDERS CENTER, INC.:

Firma del paciente o tutor

Fecha

Forma de consentimiento

Este formulario se mantendrá en su expediente médico.

En apego a las Normas de Privacidad de HIPAA, las leyes estatales correspondientes y nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad, a Oxnard Sleep Disorders Center, Inc., se le requiere mantener la confidencialidad de su información protegida de salud.

Para poder proteger de mejor forma su privacidad, su información de salud y de su cuenta se discutirán con aquellas personas que usted indique que pueden recibir dicha información.

Por el presente autorizo que las siguientes personas reciban comunicaciones verbales y/o escritas de Oxnard Sleep Disorders Center, Inc., las cuales pueden incluir información de mi salud y/o de mi cuenta:

Nombre de la persona

Relación con el paciente

Nombre de la persona

Relación con el paciente

(Si necesita incluir nombres adicionales, favor de anexar una hoja separada a este formulario, o escríbalos al reverso).

Autorizo a Oxnard Sleep Disorders Center, Inc. para que deje mensajes de voz respecto a mi información de salud (p. ej. resultados de exámenes, citas/consultas, etc.) en el siguiente número: Teléfono _____

El paciente/beneficiario debe llenar y firmar este formulario para indicar que recibió la información. Si el paciente no puede firmar este formulario de consentimiento, entonces el representante legal del paciente puede llenarlo y firmarlo.

Firma del paciente (o representante legal)

Fecha

Sólo para uso interno/For Office Use Only

I attempted to obtain written consent for disclosures of protected health information, but the consent could not be obtained because:

Individual refused to sign

Communication barriers prohibited obtaining acknowledgment

An emergency situation prevented us from obtaining the consent

Other (Please specify)

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR EXPEDIENTES MÉDICOS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre anterior: _____ No. de seguridad social: _____

Solicito y autorizo a _____ para
que divulgue información de salud del paciente nombrado anteriormente a:

Nombre: _____ OXNARD SLEEP DISORDERS CENTER.

Dirección: _____ 905 SOUTH A. STREET SUITE #2

Ciudad: _____ OXNARD Estado: _____ CA C.P.: _____ 93033

La solicitud y autorización corresponde a:

Información de salud relacionada al siguiente tratamiento, condición o fechas: _____

Toda la información de salud

Otro: _____

Sí No Autorizo la divulgación de cualquier expediente sobre tratamiento de drogas, alcohol o de salud
mental a la persona o personas listadas anteriormente.

Firma del paciente: _____ Fecha firmada: _____