

FOOTHILLS SPORTS MEDICINE AND REHABILITATION FORMA DE REGISTRO PARA EL PACIENTE

Favor De Usar Letra De Molde

Nombre del Paciente: _____ Seguro Social del Paciente: _____

Género: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Zona Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Consentimiento para dejar un mensaje de voz en su teléfono, iniciales ____ Correo Electrónico: _____

Padre/Tutor: _____ Seguro Social del Padre/Tutor: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha de Nacimiento del Padre/Tutor: _____

Nombre de su doctor que lo recomendó: _____ Nombre de su doctor general _____

Contacto en caso de Emergencia: _____ Relación/Teléfono: _____

Empleo/Escuela/Nombre de su Equipo: _____

Como supo de Foothills Sports Medicine and Rehabilitation?:

Enviado por su Doctor Amigo o Familiar Páginas Amarillas Otro: _____

Información de su Póliza de Seguro Médico (*Favor mostrar la tarjeta de su aseguranza*)

Póliza de Seguro Primario

Póliza de Seguro Secundario

Nombre de seguro médico: _____ Nombre de seguro médico: _____

Dueño de seguro médico: _____ Dueño de seguro médico: _____

Fecha de Nacimiento del Dueño de seguro médico: _____ Fecha de Nacimiento del Dueño de seguro médico: _____

Relación con el Paciente: _____ Relación con el Paciente: _____

AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Yo, por medio de la presente autorizo, a Foothills Sports Medicine and Rehabilitation, para dar cualquier información de salud personal (PHI) requerida en el transcurso de mi examen o tratamiento a la compañía de seguro aquí mencionada o sus afiliados.

Firma (Paciente o Tutor) _____ Fecha _____

AUTORIZACIÓN PARA PAGOS: Yo por medio de la presente autorizo para que los pagos de la seguridad se envíen directamente a **Foothills Sports Medicine and Rehabilitation, Billing Department, 15410 S. Mountain Pkwy. Suite 112, Phoenix, AZ 85044** por servicios médicos recibidos. Yo comprendo que soy responsable económicamente por los gastos que mi aseguranza no cubra. En caso de fallar con tales pagos, yo me comprometo a pagar los costos de colección además de sus recargos para obtener el pago de colección de esta cuenta.

Firma (Paciente o Tutor) _____ Fecha _____

**FOOTHILLS SPORTS MEDICINE AND REHABILITATION
BILLING DEPARTMENT - 15410 S. MOUNTAIN PKWY. SUITE 112, PHOENIX, AZ 85044**



CONSENTIMIENTO PARA RECORDATORIOS Y ENCUESTAS

Nombre del paciente: _____

Correo electrónico: _____

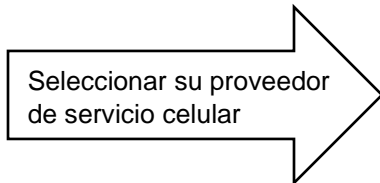
Numero celular: _____

Recordatorios de Citas

Al firmar da autorización a Foothills Sports Medicine de mandar recordatorios por correo electrónico mensajes de texto para recordar sus citas

CORREO ELECTRÓNICO: Autorizo a Foothills Sports Medicine mandar mensajes de correo electrónico con recordatorios de citas.

TEXTO: Autorizo a Foothills Sports Medicine mandar mensajes de texto* sobre recordatorios de citas. *Tarifas normales de mensajes de texto pueden aplicar.



ALLTel
AT&T
Boost Mobile
Cingular
Cricket Wireless

Metrocell
MetroPCS
Nextel
Quest
Sprint PCS

T-Mobile
US Cellular
Verizon
Virgin Mobile

Encuestas Via Texto

Con la finalidad de proveer una experiencia excepcional Foothills Sports Medicine Physical Therapy puede enviar encuestas relacionadas a su visita. Usted puede optar para las encuestas en cualquier momento respondiendo "STOP" a cualquiera de los textos que reciba.

Únete a nuestra lista de correo

Para estar al día con todos los artículos de salud conéctate a Foothills Sports Medicine Physical Therapy. Al proporcionar su correo electrónico usted autoriza recibir actualizaciones periódicamente de parte de Foothills Sports Medicine Physical Therapy. Usted puede cancelar la suscripción a través del enlace que aparece en la parte baja de cada correo electrónico.

Firma: _____

Fecha: _____

FOOTHILLS SPORTS MEDICINE AND REHABILITATION

AVISO DE PRACTICAS DE INFORMACION DEL PACIENTE

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA EN CUANTO A USTED PUDIERA SER USADA O REVELADA Y COMO SE PUEDE TENER ACCESO A LA INFORMACION, INCLUSO HOUSE BILL 2045. FAVOR DE REPASARLA CUIDADOSAMENTE.

FOOTHILLS SPORTS MEDICINE & REHABILITATION, INC.'S DEVER LEGAL

A Foothills Sports Medicine & Rehabilitation, Inc. le es requerido por ley que proteja la privacidad de la información de su salud personal, que provea este aviso en cuanto a la Información de prácticas y seguir las practicas descritas aquí.

USOS Y REVELADO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Foothills Sports Medicine & Rehabilitation, Inc. usa su información de salud personal primeramente para su tratamiento; para obtener pago por ese tratamiento; para llevar a cabo actividades administrativas internas y para evaluar la calidad de cuidado que proveemos. Por ejemplo, Foothills Sports Medicine & Rehabilitation, Inc. puede usar su información de salud personal para contactarnos con usted y proporcionarle recordatorios para sus citas, o proporcionarle información en cuanto a alternativas para tratamiento o algún otro beneficio de salud que sea de su interés.

Foothills Sports Medicine & Rehabilitation, Inc. puede usar o revelar su información de salud personal sin previa autorización para propósitos de salud pública, para propósitos de auditorías, para estudios de investigación y para emergencias. Nosotros también proporcionamos información cuando es requerida por la ley

En cualquier otra situación la póliza de, Foothills Sports Medicine & Rehabilitation, Inc's es de obtener autorización por escrito antes de revelar su información de salud. Si usted nos proporciona dicha autorización para revelar su información por cualquier razón, usted puede después revocar dicha autorización para detener en el futuro el revelado de su información en cualquier momento.

Foothills Sports Medicine & Rehabilitation, Inc. puede cambiar esta póliza en cualquier momento. Cuando se hacen cambios, un Nuevo aviso de Información de Prácticas será puesta en la clínica y será proporcionada a usted en su próxima visita. Usted también puede pedir una copia con la información al día del Aviso de Información de Practicas en cualquier momento.

DERECHOS INDIVIDUALS DEL PACIENTE

Usted tiene el derecho de revisar o obtener una copia de su información de salud personal en cualquier momento. Usted tiene el derecho de pedir que se corrija cualquier información errónea o que no esté completa en sus archivos. Usted también tiene el derecho de pedir una lista de situaciones donde se revelo su información de salud personal por otras razones aparte de su tratamiento, pagos o otros propósitos administrativos relacionados con tales situaciones.

Usted también puede pedir por escrito que no usemos o revelemos su información personal de salud para tratamiento, pagos y propósitos administrativos excepto cuando sea específicamente autorizado por usted. Cuando se requiera por la ley o en caso de una emergencia. Foothills Sports Medicine & Rehabilitation consideraría todas las peticiones basadas de situación en situación, pero en si la practica legalmente no está obligada a aceptarlas.

QUEJAS Y DUDAS

Si usted está preocupado porque piensa que Foothills Sports Medicine & Rehabilitation, Inc. pudo haber violado su derecho de privacidad o si no está de acuerdo con alguna decisión que hemos tomado en cuanto al acceso o revelado de su información de salud personal, favor de ponerse en contacto con la siguiente persona:

Cheri Anguis
canguis@foothillsrehab.com
480.689.5520

Puede también presentar su queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos via fax, correo electrónico, o en OCR portal de quejas. Información adicional puede ser encontrada en la página electrónica www.hhs.gov/ocr/hippa/.

No se tomarán represalias en su contra por presentar su queja.

HOUSE BILL 2045

A partir del día 31 de Diciembre de 2013, de acuerdo con Arizona House Bill 2045 que requiere a todos los profesionales de la salud que son dueños o empleados de un establecimiento legal que tiene tres o más profesionales de la salud necesitan proporcionar los precios de los 25 servicios que comúnmente se proveen para sus pacientes. Se pueden publicar por medio de internet o cuando el paciente los solicite El House Bill también requiere de la firma donde se notifica que fueron informados antes de aceptar que se le pague directamente al profesional de la salud. Para obtener más información acerca del House Bill 2045 favor de visitar la página de internet The Arizona State Legislature, azleg.gov. Puede buscar el Bill usando el número 2045. Todos los pacientes y sus representantes necesitan leer las siguientes direcciones.

NOTIFICACION DE PAGO DIRECTO DE EL MIEMBRO PARA EL PROVEEDOR

La constitución del estado de Arizona permite que tú le pagues al profesional de la salud directamente por sus servicios. Pero antes de dar consentimiento por favor lea la siguiente información.

Si usted tiene cobertura médica y su profesional de la salud tiene un contrato con su seguro médico, las siguientes reglas aplican:

1. Usted no es obligado a pagarle a su proveedor de salud por servicios que cubre su seguro médica, excepto el monto del costo compartido que está obligado a pagar por tu plan, costos como cuota, deducibles, y co-porcientos.
2. El acuerdo que su proveedor de salud tiene con tu plan de seguro médico prevé, que los proveedores médicos facture a usted por la diferencia entre los cargos de tu proveedor y los montos que cubre su seguro médico.
3. Si usted paga directamente a su proveedor por servicios médicos, su proveedor médico no es responsable de mandar ninguno de esos cargos o documentación a su seguro médico. Antes de pagar sus cargos su seguro médico requiere que usted provea la información y mandar la documentación necesaria para determinar si los servicios serán pagados por su seguro médico.
4. Si usted no paga directamente por sus servicios médicos, el profesional de la salud que le dio sus servicios médicos tendrá que proporcionar los cargos y la documentación necesaria a su plan de seguro médico.

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

He leído y he completamente entendido el Aviso de Información de Practicas de Foothills Sports Medicine & Rehabilitation, Inc.

- Entiendo que Foothills Sports Medicine & Rehabilitation, Inc. puede usar o revelar mi información personal de salud con el propósito de llevar a cabo tratamiento, obtener pago, evaluar la calidad de los servicios proporcionados y cualquier operación administrativa relacionada con el tratamiento o pago.
- Entiendo que tengo el derecho a limitar el modo en que se usa mi información personal de salud y como es revelada para tratamiento, pago, y operaciones administrativas si yo le dejo saber a la práctica.
- Entiendo también que Foothills Sports Medicine & Rehabilitation, Inc. considerará las peticiones para restringir información basándose de situación en situación, pero no está obligada a aceptar tal petición.
- Doy mi consentimiento para el uso y revelado de mi información personal de salud para propósitos ya mencionados en Foothills Sports Medicine & Rehabilitation, Inc.'s Aviso de Información de Practica.
- Entiendo que yo tengo el derecho de revocar este consentimiento por medio de notificar a la práctica por escrito en cualquier momento.
- Su firma indica que usted fue informado sobre el House Bill 2045 antes de hacer un pago por los servicios médicos que usted recibirá.

Nombre del Paciente: _____

En nombre impreso de persona responsable: _____

Firma de la persona responsable: _____

Fecha: _____

AUTORIZACION PARA DIVULGACION DE INFORMACION MÉDICA

Yo doy autorización de divulgación de la siguiente información médica a las personas enlistadas en la parte baja de esta forma. Yo entiendo que la identidad de estas personas tendrá que ser verificada antes de divulgar mi información.

Personas autorizadas:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre del Paciente: _____

En nombre impreso de persona responsable: _____

Firma de la persona responsable: _____

Fecha: _____