

# INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(Por favor conteste todas las preguntas)

(Por favor escriba con letra de molde)  Paciente Nuevo  Cuenta actualizada del paciente No. de cuenta \_\_\_\_\_  
Proveedor que usted está viendo hoy \_\_\_\_\_ Cobrar a la cuenta No. \_\_\_\_\_

PACIENTE Estado Civil  C  D  S  V  Sep  
NOMBRE: \_\_\_\_\_

(Apellido) (Nombre e Inicial del Segundo nombre)

Sexo  M  F Fecha de nacimiento    /    /     
Mes/Día/Año

Seguro social #: \_\_\_\_\_

Parte responsable  Yo  Espos(a)  Madre/Padre(s)  
Dirección \_\_\_\_\_

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono del domicilio: ( ) \_\_\_\_\_

ESPOSO(A)/ PADRES (Si el pte. es menor)  Sr.  Sra.  Srta.  
NOMBRE: \_\_\_\_\_

(Apellido) (Nombre e Inicial del Segundo nombre)

Sexo  M  F Fecha de nacimiento    /    /     
Mes/Día/Año

Seguro social #: \_\_\_\_\_ Mes/Día/Año

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono del domicilio: ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

Licencia de conducir #: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

Licencia de conducir #: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ENTREGUE A LA(EL) RECEPCIONISTA SU TARJETA DE SEGURO PARA SACARLE UNA COPIA**

## SEGURO PRIMARIO

Compañía de seguro \_\_\_\_\_

Dirección de correo para reclamos: \_\_\_\_\_

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F Fecha de nacimiento    /    /    (Mes/Día/Año)

Grupo/Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Grupo/Póliza # \_\_\_\_\_

Identificación/Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Efectivo en Fecha    /    /    (Mes/Día/Año) Co-pago \$: \_\_\_\_\_

## SEGURO SECUNDARIO

Compañía de seguro \_\_\_\_\_

Dirección de correo para reclamos: \_\_\_\_\_

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F Fecha de nacimiento    /    /    (Mes/Día/Año)

Grupo/Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Grupo/Póliza # \_\_\_\_\_

Identificación/Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Efectivo en Fecha    /    /    (Mes/Día/Año) Co-pago \$: \_\_\_\_\_

Persona para contactar en caso de una emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Parentesco / relación: \_\_\_\_\_ ¿Cómo escuchó de nosotros? ( ) \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

¿Testamento viviente?  Sí  No ¿Poder Médico Durable de Abogado?  Sí  No

## ATRIBUTO Y DESCARGO:

Yo, por este medio atribuyo mis beneficios de seguro para ser pagados directamente al doctor. Yo entiendo que soy financieramente responsable por cualquier servicio no cubierto. También autorizo al proveedor para proporcionar cualquier información requerida para procesar este reclamo. Autorizo a esta oficina para PROPORCIONAR toda la INFORMACIÓN MÉDICA NECESARIA a cualquier hospital, oficina de especialista y a cualquier compañía de seguro que actúe a mi favor concerniente a consejos, cuidado, tratamiento, servicios, incluyendo tratamiento mental y para los nervios, para drogas, y alcohol, a no ser que yo lo excluya específicamente abajo, PARA PROPÓSITOS DE TRATAMIENTO MÉDICO, Y EVALUACIÓN & ADMINISTRACIÓN DE RECLAMOS.

FIRMADO \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO \_\_\_\_\_

# HEALTHY LIFE CORP. LLC

DESERT BLOOM FAMILY MEDICINE  
10240 W. INDIAN SCHOOL RD. PHOENIX AZ 85037  
P. (623) 385-7900 / F. (623) 792-1233  
VALLE DEL SOL FAMILY MEDICINE URGENT CARE  
4326 W. THOMAS RD. PHOENIX AZ 85031  
P. (623) 385-7999 / (623) 385-7950 F. (623) 385-7951

## Acuerdo de Sustancia Controlada

Yo, \_\_\_\_\_ Entiendo que para recibir atención para el tratamiento del dolor o el uso de medicamentos controlados, acepto y cumpliré con lo siguiente:

1. **USO DE MEDICAMENTOS:** Tomaré todos los medicamentos según lo recetado. Hablaré con el proveedor abajo firmante antes de hacer cualquier cambio en la dosis o la frecuencia de mis medicamentos. No habrá reposiciones anticipadas de medicamentos controlados sin autorización previa. Todos los medicamentos para el dolor narcótico deben obtenerse en la misma farmacia (las excepciones deben ser aprobadas por el médico abajo firmante). Me abstendré del consumo de alcohol. \_\_\_\_\_ (inicial)

2. **BUSCAR RECETAS:** No solicitaré ni surtiré recetas para ningún medicamento controlado de ningún otro proveedor de atención médica (incluso dentro de nuestra oficina) a menos que lo autorice el médico abajo firmante. No acosaré ni hablaré en repetidas ocasiones con el farmacéutico o el personal de la oficina acerca de los resurtidos que pueden ser prematuros. No llamaré al médico fuera del horario de atención sobre mis resurtidos de recetas de sustancias controladas. \_\_\_\_\_ (inicial)

3. **USO DE DROGAS ILEGAL Y NO PRESCRITO:** Entiendo que el uso de cualquier medicamento controlado no prescrito por el médico abajo firmante puede dar como resultado la terminación de la atención. Autorizo a la práctica a cooperar plenamente con cualquier agencia de aplicación de la ley de la ciudad, el estado o la federación, incluida la Junta de Farmacia de este estado, en la investigación de cualquier posible uso indebido, venta u otra desviación de medicamentos controlados. Autorizo a la práctica a proporcionar una copia de este acuerdo a mi farmacia. Acepto renunciar a cualquier privilegio aplicable o a la confidencialidad de la privacidad con respecto a estas autorizaciones. \_\_\_\_\_ (inicial)

4. **MEDICAMENTOS PERDIDOS O ROBADOS:** Acepto proteger todos los medicamentos recetados por el médico abajo firmante y entiendo que los medicamentos perdidos o dañados no serán reemplazados. Los informes policiales no serán suficientes para obtener una nueva receta independientemente de la situación. \_\_\_\_\_ (inicial)

5. **NEGACIÓN O NEGLIGENCIA PARA REALIZAR LAS PRUEBAS SOLICITADAS POR EL PROVEEDOR:** Si no realiza sus análisis de laboratorio, rayos X, MRI, etc. según lo requiera nuestro proveedor antes de su próxima cita, podemos negarnos a volver a surtir su receta hasta que obtenga las pruebas que requerimos. \_\_\_\_\_ (inicial)

6. **SEGUIMIENTO DE CITAS MENSUALES:** debe hacer una cita de seguimiento al salir de la oficina, si no lo hace y si llama para ingresar y no hay una cita disponible, esperará hasta la próxima cita disponible. Las recargas para sustancias controladas no se realizan sin cita previa. SIN EXCEPCIONES! \_\_\_\_\_ (inicial)

7. **SANGRE ALEATORIA Y / O PANTALLAS DE MEDICAMENTOS PARA ORINA Y CONTENIDO DE PÍLDORAS:** si llamaste para ir a la oficina a buscar un filtro o píldora de drogas al azar, tienes 24 horas para ingresar a la oficina. Trae nuestro frasco original con TODOS los medicamentos llenos. De lo contrario, perderá su derecho a la recarga del próximo mes. SIN excusas \_\_\_\_\_ (inicial)

8. **FINALIZACIÓN:** ya no seré elegible para recibir atención si estoy en posesión de drogas o sustancias ilícitas, tráfico controlado o sustancia ilegal, intoxicado o si soy arrestado por DUI. Si modifico mi receta de cualquier manera, venda o comparta mis medicamentos, ya no será elegible para recibir atención \_\_\_\_\_ (inicial)

**ENTIENDO Y ACEPTO LAS CONDICIONES DE CUIDADO DESCRITAS ARRIBA Y LAS CUMPLIRÉ CON TODAS. TODAS LAS PREGUNTAS ACERCA DE LOS TÉRMINOS DE ESTE ACUERDO SE HAN RESPONDIDO A MI SATISFACCIÓN. EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE LOS TÉRMINOS DE ESTE ACUERDO PUEDE RESULTAR EN LA CANCELACIÓN INMEDIATA DEL SERVICIO.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (imprimir) \_\_\_\_\_ Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de la firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del proveedor \_\_\_\_\_ Fecha de firma \_\_\_\_\_

Por favor escriba el nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## **Bienvenidos a Desert Bloom Family Medicine!**

Tratamos a pacientes desde nacimiento hasta final de vida.

Los proveedores de Desert Bloom consisten en un equipo de médicos, enfermeras practicantes y asociado médicos. Usted puede hacer una cita con cualquiera de los proveedores: Christopher Hiler, MD, Ethan Kennedy, DO, Jonathan Chorney, DO, Christine Rocks-Lopez, FNP-C, Helena In't Veld, FNP-C and Ivette Apodaca, PA-C

Horario de oficina es de Lunes a Viernes 8-12 p.m. y 1-5 p.m. (no aceptamos llamadas telefónicas durante la hora del mediodía.) Aceptamos pacientes sin cita con problemas médicos agudos solamente. No serán atendidos sin cita para rellenos de medicamentos, resultados de laboratorio o enfermedades crónicas. Los pacientes sin cita serán vistos en primera base con el primer proveedor disponible.

### **Sin Cita**

Como cortesía a nuestros pacientes y cuando el tiempo lo permite, ofrecemos visitas sin cita. Sin embargo el tiempo asignado para estos nombramientos es mínimo, por tanto visitas sin cita no son para problemas médicos crónicos es para problemas agudos solamente. Enfermedades crónicas que no reúnen los requisitos para visita sin cita son cosas como el seguimiento diabético, seguimiento de hipertensión o problemas de administración de dolor. Siempre es mejor llamar ala oficina antes de tiempo. Al firmar este formulario, usted acepta cumplir con nuestra póliza. \_\_\_\_\_ (iniciales)

### **Transmisión electrónica de medicamentos**

Desert Bloom Family Medicine usa el sistema de registros (EHR) para recibir y transmitir la solicitud de medicamentos, rellenos, y recibir historias de medicamentos. La mayoría de medicamentos se llenan con la transmisión electrónica de medicamentos. Al firmar este formulario, usted acepta cumplir con nuestra póliza. \_\_\_\_\_ (iniciales)

### **Consentimiento de fotografía**

Su fotografía es necesaria para medicamentos narcóticos. Usted esta de acuerdo y permite a Desert Bloom Family Medicine para fotografiar con los propósitos de identificación. Además, puede haber veces que usted tiene una condición que requiere la fotografía para papeleo de registro. Al firmar este formulario, usted acepta cumplir con nuestra póliza. \_\_\_\_\_ (iniciales)

### **Reconocimiento de Privacidad de HIPAA**

Al recibir el aviso de practicas de privacidad eh recibido la oportunidad de revisarlo. Yo autorizo a Desert Bloom Family Medicine que hables con las personas siguientes con respeto a mis condiciones médicas.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### **Autorización de comunicación Telefónica y Correo Electrónico**

Yo autorizo a Desert Bloom Family Medicine que me contacten y me dejen mensajes a los números correspondientes.

Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# HEALTHY LIFE CORP, LLC

DESERT BLOOM FAMILY MEDICINE  
10240 W. INDIAN SCHOOL RD, PHOENIX AZ 85037  
P: (623) 385-7900 F: (623) 792-1233  
VALLE DEL SOL FAMILY MEDICINE URGENT CARE  
4338 W THOMAS RD. PHOENIX AZ 85031  
P: (623) 385-7999 (623) 385-7950 F: (623) 385-7951

## Aviso de no cobertura para beneficiarios avanzados (ABN)

Por favor, lea y firme a continuación:

- Su proveedor puede solicitar una prueba durante su visita HECHO AQUÍ O EN UNA INSTALACIÓN EXTERNA que PUEDE o NO estar cubierta por su póliza de seguro. No conocemos las limitaciones de SU póliza.
- Si decide realizar estas pruebas y su seguro no cubre la totalidad o una parte de los costos asociados con estas pruebas, SE CONVERTIRÁ EN SU RESPONSABILIDAD FINANCIERA PARA PAGAR POR CUALQUIER SERVICIO NO CUBIERTO ORDENADO POR LA OFICINA.
- Solo utilizaremos los códigos de diagnóstico apropiados que sean relevantes para su cuidado de salud en su pedido para su evaluación o reclamo de seguro. Los códigos no se pueden agregar o eliminar después de las pruebas para tratar de que se cubran los servicios "no cubiertos". ESTO ES FRAUDE
- Cualquier factura que reciba es su responsabilidad financiera.
- Nuestra oficina no llamará a las compañías de seguros, laboratorios o instalaciones de diagnóstico por imágenes en su nombre con respecto a sus facturas. Cualquier apelación relacionada con servicios no cubiertos debe ser realizada por el paciente o garante.
- Ciertos seguros requieren límites de tiempo para ciertos servicios tales como exámenes físicos anuales, mamografías, pruebas de Papanicolaou o de otro tipo si se realizan pruebas. Si elige tener estos servicios antes de la fecha que su seguro declara que puede tener cada año, se le puede facturar y usted será responsable de los cargos si su seguro no cubre el servicio. Es su responsabilidad conocer las limitaciones y los términos de su plan de seguro.

Al firmar abajo, reconozco que cualquier servicio o prueba ordenada o realizada por esta oficina se convertirá en mi responsabilidad financiera si mi plan de seguro no cubre los servicios.

Nombre del paciente (impreso): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del paciente / tutor o garante: \_\_\_\_\_

Nombre del plan de seguro actual: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_