PRECISION SURGERY and ADVANCED VEIN THERAPY

(Por favor escriba en letra de molde)

Su Nombre como aparece en su tarjeta de seguro médico: Sexo: Masculino Femenino

_____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____
Calle # de Apartamento Ciudad Estado Código Postal

Raza: _____ Etnicidad: _____ Idioma: _____

Núm. de Seguro Social: __ __ __ - __ __ - __ __ __ __ Estado Civil: Casado/a Soltero/a Viudo/a Divorciado/a

Núm. de teléfono de casa: _____ Núm. de teléfono celular: _____

Correo Electrónico: _____

Médico familiar: _____ Núm. de teléfono: _____
¿Quién lo refirió a nuestra oficina? _____ Núm. de teléfono: _____

Contacto de Emergencia: _____ Núm. de teléfono: _____
Relación al Paciente: _____

Nombre de la parte responsable: _____ Relación al paciente: _____
Domicilio: _____ Núm. de teléfono: _____

Empleador: _____ Núm. de teléfono: _____
Titulo Nombre/ Posición: _____

¿ES EL MOTIVO DE SU VISITA POR UN ACCIDENTE DE TRABAJO?	SI	NO
¿ES EL MOTIVO DE SU VISITA POR UN ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO?	SI	NO

POR FAVOR LLENE COMPLETAMENTE LA INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

SEGURO MÉDICO PRIMARIO: _____ Nombre del dueño de la póliza: _____
Núm. de Identificación: _____ Núm. de Grupo: _____ Relación al paciente: _____
Núm. de Seguro Social del dueño de la póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

SEGURO MÉDICO SECUNDARIO: _____ Nombre del dueño de la póliza: _____
Núm. de Identificación: _____ Núm. de Grupo: _____ Relación al paciente: _____
Núm. de Seguro Social del dueño de la póliza: _____Fecha de Nacimiento: _____

PRECISION SURGERY and ADVANCED VEIN THERAPY

MEDICAMENTO ACTUAL:

_____ _____ _____
_____ _____ _____
_____ _____ _____
_____ _____ _____

ALERGIAS:

Es usted alérgico a algún medicamento? Si No

SI TIENE REACCIONES ALÉRGICAS a medicamentos, por favor enlístelos junto con su reacción:

Medicamento:	Reacción:
_____	_____
_____	_____
_____	_____

TIENE CONDICIONES MÉDICAS?

_____
_____
_____

HA TENIDO PREVIAS CIRUGIAS?

_____
_____
_____

Estás embarazada actualmente? _____ Fecha de vencimiento de embarazo: _____

FARMACIA:

Nombre: _____ Núm. de Teléfono: _____
Dirección o calles principales: _____

HISTORIAL SOCIAL: (Circule uno)

Fuma? Nunca Ex-Fumador Fumador Actual: _____ paquetes / cigarros por día
Consume Alcohol? Nunca Mensual Semanal Diario

Estatura: _____ Peso: _____

Es usted paciente de cuidados paliativos?	Si	No
Es usted alérgico a Látex?	Si	No
Es usted paciente de una clínica para el control de dolor?	Si	No

**Si usted es paciente de una clínica para el control de dolor, por favor provéanos la siguiente información:

Nombre de la clínica: _____
Calles principales: _____
Número de teléfono: _____

_____ _____
Firma del Paciente o Guardian Fecha

Johnny L. Serrano, D.O., F.A.C.O.S.
General Surgery
Board Certified
American Osteopathic Board of Surgery

CONDICIONES DE TRATAMIENTO

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS MEDICOS, CIRUGIA Y FOTOGRAFIAS

El Abajo firmante (en adelante "Paciente" que también incluirá a los padres o tutores legales si el Paciente es menor de edad o carece de capacidad legal y representantes del paciente), consiente los procedimientos y servicios que puedan ser realizados por:

Dr. Johnny Serrano and Precision Surgery Center, P.C.

(en lo su en lo sucesivo denominado el "Proveedor"). Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías de mi afección o tratamiento médico o quirúrgico, y el uso de las imágenes y el historial médico y / o registros médicos para fines de mi diagnóstico o tratamiento o para programas de educación o capacitación realizados por el Proveedor. Entiendo que tengo derecho a solicitar el cese de la grabación o filmación.

OBJETOS PERSONALES

Se entiende y se acuerda que el Proveedor no será responsable por la pérdida o daño de dinero, joyas, documentos y otros artículos de valor inusual o de cualquier valor.

ACUERDO FINANCIERO

El Paciente acepta, ya sea que firme como agente o como Paciente, que en consideración de los servicios que se le brindarán al Paciente, por la presente se obliga individualmente a pagar los cargos del Proveedor de acuerdo con las tarifas regulares. y términos del Proveedor. Si el proveedor está dentro de la red con su plan de salud, usted acepta ser responsable de todos y cada uno de los copagos, deducibles, coaseguros y servicios no cubiertos. Si el consultorio está fuera de la red de su plan de salud, usted acepta ser responsable de los Cargos COMPLETOS después de que el consultorio reciba todos los pagos.

El pago tardío de coseguro, deducibles o responsabilidad del paciente estará sujeto a intereses por la cantidad del 1% compuesto por mes (12% anual). Un pago se considerará atrasado a efectos de intereses cuando no se reciba a más tardar 45 días después del envío de la factura por
Proveedor o su representante.

En caso de que la cuenta sea remitida a un abogado o agencia de cobranza para el cobro, el Paciente acepta pagar los honorarios reales de los abogados y los gastos de cobranza que podrán calcularse en un porcentaje, no menor al 35% de saldo pendiente. _____ Iniciales

El Paciente, su agente o representante, entiende que el envío de facturas médicas al Plan de Salud del Paciente lo realiza el personal de facturación del Proveedor o los representantes autorizados como una adaptación para el Paciente; que esto no disminuye ni elimina de ninguna manera la obligación del Paciente o su agente o representantes de pagar su cuenta en su totalidad después de que el Proveedor preste los servicios. Las autorizaciones previas de los servicios son las derivaciones necesarias y son responsabilidad del paciente. Pago es requerido al momento de los servicios prestados. Se aplica una tarifa de procesamiento de $3.95% a las transacciones de pago con tarjeta de debito y crédito. No se cobra el cargo de $3.95% cuando se paga con ACH, efectivo o cheque. _____ iniciales

PRECISION SURGERY and ADVANCED VEIN THERAPY

Reconocimientos Financieros

Entiendo que, independientemente de cualquier cobertura de seguro u otro posible cogarante o parte responsable, acepto la responsabilidad financiera total por el pago de todos los cargos por los servicios que esta práctica me brindo a mí, a mi cónyuge oa mis dependientes. Acepto que si mi empleador, compañía de seguros o patrocinador del plan se niega a pagar la totalidad o una parte de mi reclamo, seré financieramente responsable de todos los cargos pendientes. Acepto pagar un cargo de facturación mensual mínimo de $5.00 o una tasa de interés del 1.75% mensual (lo que sea mayor) sobre cualquier saldo no pagado dentro de los 30 días posteriores a la fecha del servicio. Además, en caso de que mi cuenta se vuelva morosa y sea asignada a una agencia de cobro. Acepto pagar un cargo de cobranza adicional del 33% del saldo pendiente o un mínimo de $40.00, lo que sea mayo, para compensar en parte la tarifa de las agencias de cobranza cobrada por esta práctica. En caso de que la agencia de cobro inicie una acción legal, acepto pagar un cargo de cobro del 50% del saldo pendiente, así como todos los costos y honorarios razonables de abogados incurridos en dichos esfuerzos de cobro por parte de esta oficina o nuestro cesionario.

Reconocimiento TCPA

Autorizo a esta oficina, sus agentes y cesionarios a comunicarse conmigo por teléfono, mensaje de texto, SMS y/o a través de un sistema de marcado autorizado con voz en vivo o grabado en relación con cualquiera de mis cuentas con esta oficina y en cualquier número de teléfono que haya proporcionado a partir de esta fecha o en el futuro.

_____ _____

Firma del Paciente Fecha

PRECISION SURGERY and ADVANCED VEIN THERAPY

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO Y TEXTO

El Paciente y su agente o representante por la presente proporcionan voluntariamente su dirección de correo electrónico y número de teléfono celular al Proveedor y sus representantes autorizados. El Paciente y su agente o representante autorizan al Proveedor y a sus representantes autorizados a enviar y comunicarse de otra manera con Paciente o su agente o representante por correo electrónico y mensaje de texto con respecto a las Reclamaciones médicas del paciente. El Paciente y su agente o representante por la presente dan su consentimiento voluntario a dicha comunicación electrónica como lo requiere el 15 USC 7001 y las regulaciones y estatutos estatales relacionados. El Paciente y su agente o representante pueden proporcionar una notificación por escrito al Proveedor o su representante autorizado para recibir cualquier comunicación en papel o en forma no electrónica. El Paciente y su agente o representante acuerdan que su consentimiento es continuo. Sin embargo, el Paciente y su agente o representante pueden rescindir este consentimiento por escrito al Proveedor o su representante autorizado. No se necesitan requisitos de hardware o software para recibir comunicaciones por correo electrónico del Proveedor o de cualquiera de sus representantes autorizados, incluido otro que no sea tener una cuenta de correo electrónico activa y un teléfono celular que reciba mensajes de texto de un proveedor que proporcione dichas cuentas de correo electrónico y opciones de mensajes de texto. El Proveedor y sus representantes autorizados acuerdan que no venderá, compartirá ni alquilará direcciones de correo electrónico de pacientes, números de teléfono celular o cualquier otra información personal recopilada en base a este consentimiento. Mi correo electrónico es _____ y mi número de teléfono celular es_____.

Firma de la paciente / Tutor

He leído y entiendo este acuerdo de consentimiento del paciente y acepto sus términos como condición para el tratamiento médico. Por la presente reconozco que, al comienzo de mi Tratamiento o los servicios prestados por el Proveedor, se me ha proporcionado la Política de atención caritativa del Proveedor, la Política para el cobro de deducibles del paciente, el coseguro y otros saldos del paciente y este documento Condiciones para el tratamiento. Yo voluntariamente firmo este reconocimiento que doy mi consentimiento y estoy de acuerdo con las Condiciones de Tratamiento para los servicios a ser prestados por el Proveedor.

Acordado por: _____ / _____

(Firma del paciente) (Nombre impreso del paciente)

Fecha: _____ Inicial del paciente: _____

Acordado por: _____ Fecha: _____

(Tutor del paciente)

COVID-19/ Coronavirus Paciente Aviso y formulario de Reconocimiento

De acuerdo con las recomendaciones, orientación y consejos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) con respecto a la pandemia de COVID-19/ Coronavirus para profesionales de la salud, instalaciones y médicos, (muchos de los cuales han tenido eco en los gobernadores estatales y departamento de salud), los siguientes procedimientos serán observados realizados por nuestra practica y sus pacientes, con efecto inmediato:

1. La oficina priorizara visitas y procedimientos urgentes.
2. La oficina limpiara y desinfectara las instalaciones de acuerdo con los estándares de los CDC;
3. La oficina examinara al paciente para detectar síntomas de COVID-19 antes de cualquier evaluación, diagnostico y/o tratamiento del paciente.
4. El paciente revelara y aconsejara a la oficina de su historial de viaje internacional recientes antes de cualquier evaluación, diagnostico y/o tratamiento del paciente;
5. El paciente revelara y aconsejara a la oficina de cualquier posible evento de exposición conocido al que fue sometido el paciente antes de cualquier evaluación, diagnostico y/o tratamiento del paciente.
6. La oficina puede, a su discreción, reprogramar la cita del paciente para atención electiva si el paciente presenta síntomas de COVID-19, viajo recientemente al extranjero o estuvo sujeto a un evento de exposición conocido.

Al firmar este formulario, el paciente reconoce que ha sido informado de las Políticas de la oficina con respeto a COVID-19.

_____ _____

Firma del Paciente Nombre del Paciente

Fecha: _____

To help us better understand our business operations, please fill out this short survey.

How did you hear about us?
Please check on of the following options

- Facebook
- Instagram
- Google
- Yelp
- Physician Referral
- Newspaper
- Magazine
- Friend
- Family
- Other: _____

Para ayudarnos a comprender mejor nuestras operaciones comerciales, complete esta breve encuesta.

¿Cómo te enteraste de nosotros?
Marque una de las siguientes opciones

- Facebook
- Instagram
- Google
- Yelp
- Referencia de su Doctor
- Periodico
- Revista
- Amigo
- Familia
- Otro: _____