

# Sun City Womens Health Care

## INFORMACIÓN PACIENTE

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
S.S. # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Lic # del conductor \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ : Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Dirección que envía (si es diferente que arriba ) \_\_\_\_\_  
Dirección del E-mail: \_\_\_\_\_  
Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_ : Estado civil Soltero Casado Raza: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular : \_\_\_\_\_  
Empleado: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_  
Dirección comercial: Teléfono # \_\_\_\_\_ ext . \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

## NOTIFICACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre: Relación \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## (Debe ser llenado totalmente) INFORMACIÓN PRIMARIA DEL SEGURO

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_  
Dirección del seguro: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ : Código postal \_\_\_\_\_ # del teléfono del \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
Persona responsable de cuenta: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Relación \_\_\_\_\_ : S.S. #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_ Nombre o número de grupo: \_\_\_\_\_  
¿Seguro adicional cubre al paciente? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Si sí, enumere por favor \_\_\_\_\_  
Referido :  Página amarilla  Anuncios del banco  Amigo  Otro: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN DEL PAGO

Todos los servicios profesionales se cargan al paciente. El paciente es responsable de todos los honorarios incurridos esin importar cobertura de seguro. Se entiende que el pago para los servicios rendidos es pagado en el momento de visita I.  
Yo certifico que (o mi dependiente) tiene cobertura de seguro con \_\_\_\_\_  
y asigne directamente a Sun City Womens Health Care de las ventajas de seguro, si las hay, si no pagare para los servicios rendidos. Entiendo que soy financieramente responsable de todas los cargos y es mi responsabilidad. Autorizo por este medio al doctor a lanzar toda la información necesaria para asegurar el pago de ventajas.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Relación**

Quisiéramos que usted reciba el mayor cuidado posible y que fuera satisfecho totalmente con nuestros servicios. Para hacer esto, los proveedores de Sun City womens Health Care discutirán con placer su tratamiento propuesto y contestarán cualquier pregunta que usted tenga. Nuestro personal amistoso y experimentado también se alegrará contestar cualquier pregunta con respecto a su cuenta. Aquí están algunos puntos importantes a recordar para ver su cuidado a través de esta oficina.

1. Guardar asistencia médica y la facturación costó abajo, el pago es requerido al tiempo del servicio a menos que un plan de pago haya sido aprobado por adelantado EN ESCRITO por nuestro encargado de la práctica y se ha llenado el formulario y se ha firmado la autorización de la tarjeta de crédito.
2. Estamos contratados con Texas Medicaid y la mayoría de los seguros privados. En esos casos, hemos acordado aceptar su determinación de los honorarios para los servicios cubiertos. Usted todavía será responsable del pago de deducibles, de co-pagos y de servicios no cubiertos. Estos pagos son debidos a la hora de servicios. Mientras que la limitación de las demandas de seguro es una cortesía que ampliamos a nuestros pacientes, todas las cargas son su responsabilidad a partir de la fecha que se rinden los servicios.
3. No todos los servicios son una ventaja "cubierta" en todas las pólizas de seguro. Su póliza es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos un partido a ese contrato. Aunque llamaremos y procuraremos verificar ventajas y cobertura, no podemos determinar las ventajas de su póliza de seguro. La verificación de ventajas no es una garantía del pago. Medicaid y algunos servicios selectos de las compañías de seguros ciertos que no cubrirán. El pago para estos servicios es la responsabilidad de usted, los pacientes. Le animamos fuertemente a que lea cuidadosamente su póliza de seguro y que usted sepa las condiciones y las circunstancias de la cobertura que está disponible para usted.
4. Aceptaremos la asignación de sus ventajas de seguro y mandaremos la cuenta los portadores directamente. Aceptar la asignación significa que su compañía de seguros debe enviarnos el bulto del pago para su tratamiento y eso usted, el paciente, nos paga directamente los deductibles, los co-pagos y los servicios no cubiertos y los honorarios. Cuando la compañía de seguros nos paga, usted será responsable de cualquier equilibrio restante o le consolidaremos el pago del excedente (s) que usted ha hecho. Nuestra asignación que acepta no le releva de su responsabilidad personal del pago pronto de la cuenta total. Si no lo hace su seguro totalmente o puntualmente paga, usted es responsable de llamar a su compañía de seguros inmediatamente sobre recibo de las cargas de una demostración de la cuenta negadas por su seguro. Si no el equilibrio será debe a su tarjeta de crédito en el primer día del mes.
5. Si usted elige no llenar el formulario la autorización de la tarjeta de crédito, sus equilibrios serán puestos en un ciclo de facturación. Después de tres ciclos o de 60 días, los equilibrios sin pagar serán referidos una agencia de colección.
6. Nuestro personal puede contestar a muchas preguntas sobre el teléfono y cuando es necesaria la salud Practitioner de los médicos/ de las mujeres le llamará detrás en una rotura conveniente. Sin embargo, las llamadas telefónicas usadas en lugar de una visita de la oficina serán mandadas la cuenta por consiguiente.
7. Usted puede ser cargado para las citas no cancelado sin 24 horas de notificación, Las citas quirúrgicas o de Sono no canceladas sin una comunicación previa de 48 horas estarán conforme instalado a un honorario quirúrgico. Su portador de seguro no cubre estos honorarios. Las citas después de 5:30 se consideran después de servicios de la hora. Esta carga adicional será incluida en su visita que se mande la cuenta a su seguro.
8. El pedido la ayuda no-acostumbrada tal como facturación especial, el refacturar, la terminación de formas y los informes especiales no se incluyen en nuestros honorarios y serán mandados la cuenta por separado. Las cartas son parte de sus expedientes médicos permanentes en nuestra oficina. Las copias se pueden proporcionar sobre la comunicación previa y el pago del coste que duplica y sobre la terminación de una forma del lanzamiento.
9. Si su diagnóstico o tratamiento implica otros: por ejemplo hospital o laboratorios, estas entidades le mandará la cuenta por separado. Usted es responsable del pago de sus cuentas. Usted debe tomar sus propias medidas financieras con estos abastecedores del cuidado.
10. Cualquier excepción a este acuerdo debe estar en la escritura y firmado por el abastecedor o el encargado de la práctica.

Yo/autorizamos a Sun City Womens Health Care y el personal del cuidado médico para tratar al paciente nombrado en esta forma y a acordar pagar todos los honorarios y cargas tal tratamiento. /acordamos pagar todas las cargas me o miembros de mi familia por los términos de este acuerdo. Las cargas demostradas en declaraciones de la facturación se acuerdan para ser correctas y razonables a menos que estén disputadas en escribir en el plazo de 30 días.

NAME OF PATIENT

SIGNATURE OF PATIENT/GUARDIAN

DATE

## Consentimiento con objeto de el tratamiento, el pago y las operaciones de Healthcare

---

Consiento al uso o al acceso de mi información protegida de la salud por cuidado médico de las mujeres de Sun City con el fin de diagnosticarme o de proporcionar el tratamiento , obteniendo el pago para mis cuentas del cuidado médico o a las operaciones del cuidado médico de la conducta del cuidado médico de las mujeres de la ciudad del sol. Entiendo esa diagnosis o tratamiento de mí del Dr. Noe, el Dr. Aronson, el Dr. Miller, la Dra.Hale o un médico de la enfermera puede ser condicionado sobre mi consentimiento según lo evidenciado por mi firma en este documento.

Entiendo que tengo la derecha de solicitar una restricción en cuanto a cómo mi información protegida de la salud se utiliza o se divulga para realizar las operaciones del tratamiento , del pago o del healthcare de la práctica. El cuidado médico de las mujeres de la ciudad del sol no se requiere convenir las restricciones que puedo solicitar. Sin embargo, si el cuidado médico de Sun City womens Health Care conviene una restricción que solicito, la restricción está atando en cuidado médico de los doctores Dr. Noe, Dr. Aronson, Dr. Miller, la Dra. Hale.

Tengo el derecho de revocar este consentimiento, en la escritura, en cualquier momento, excepto hasta el punto de Michiel R. Noe, M.D, el Dr. Aronson, el Dr. Miller, Dra. Hale en el cuidado médico de las mujeres de la ha tomado la acción en confianza en este consentimiento.

Mi “información protegida de la salud” significa la información de la salud, incluyendo mi información demográfica, recogida de mí y creada o recibida por mi médico, otro abastecedor del cuidado médico, un plan de la salud, mi patrón o una cámara de compensación del cuidado médico. Esta información protegida de la salud se relaciona con mi salud última, actual o futura o condición física o mental y me identifica, o hay una base razonable a creer que la información puede identificarme.

Entiendo que tengo derecho de repasar el aviso del cuidado médico de Sun City Womens Health Care de las prácticas de la aislamiento antes de firmar este documento. El aviso del cuidado médico de las prácticas de la aislamiento se ha proporcionado.. El aviso de las prácticas de la aislamiento describe los tipos de aplicaciones y de accesos de mi información protegida de la salud que ocurran en mi tratamiento, pago de mis cuentas o en el funcionamiento de las operaciones del cuidado médico del cuidado médico del sol de las mujeres de la ciudad. El aviso de las prácticas de la aislamiento para el cuidado médico de las mujeres de la ciudad del sol también se proporciona en el escritorio delantero de la recepción y en el Web site del cuidado médico en [www.mikenoemd.com](http://www.mikenoemd.com) este aviso de las prácticas de la aislamiento también describe las mis derechas y los deberes del cuidado médico con respecto a mi información protegida de la salud.

La facilidad del cuidado médico de Sun City Womens Health Care reserva el derecho de cambiar las prácticas de la aislamiento que se describen en el aviso de las prácticas de la aislamiento. Puedo obtener un aviso revisado de las prácticas de la aislamiento teniendo acceso al Web site del cuidado médico y llamar la oficina y la petición de una copia revisada se envíen en el correo o pedir uno a la hora de mi cita siguiente.

---

Firma del paciente o del representante personal

---

Nombre del paciente o del representante personal

---

Fecha

---

Descripción de la autoridad del representante personal

## Cargas no cubiertas

Yo \_\_\_\_\_ entiendo completamente que mientras que una condición de ser aceptado como paciente del cuidado médico de Sun City Womens Health Care, yo acepto toda la responsabilidad en pagar todas los cargos, por completo, que no son cubiertas por mi seguro. Me han informado que ciertos cargos no son cubiertas por el seguro y pues tales no esperan que mi seguro sea mandado la cuenta para ellas. En lugar, acuerdo aceptar la responsabilidad de esos pagos mismo, completo y en una manera oportuna. Carga que no son cubiertos por mi seguro, eso que espero ser mandado la cuenta para y que convengo la paga por completo incluyo pero no me limito:

- Fallado Citas: Acuerdo pagar \$20 cada cita que concierte con cuidado médico si no puedo demostrar para arriba para la cita el tiempo o cambiar la hora de cita sin 24 horas de avisos *Esta carga será renunciada si doy 24 avisos de la hora de cancelación.*
- Teléfono Consultas: Acuerdo ser mandado la cuenta y pago \$20 cada vez que pido después de horas, de fin de semana, o de la consulta del teléfono del día de fiesta con los abastecedores del cuidado médico de las mujeres de la ciudad del sol incluyendo el Dr. Noe o un médico de la enfermera. . Estoy de acuerdo con la cuenta para una consulta cada vez que pido eso médico o sus asociados después de horas, de fines de semana, o de días festivos.
- Llenar formas de trabajo a otro tipo que requiera asuntos de su cuidado sera un cargo de \$15 antes de llenar formas.
- Perdida de tarjetas prenatales serán substituidas por un cobro de \$10
- Fertilidad: Visitas de la oficina, procedimientos y citas de la carta recordativa para la infertilidad mandarán la cuenta a mí. El pago sera a la hora del servicio. Yo entiendo que puedo mandar la cuenta mi seguro si deseo.
- Ultrasonidos: entiendo pagar cualquier ultrasonido que no sea cubierto por mi seguro (se aplica sobre todo a Pacientes de AETNA). Entiendo que seré obligado para pagar balance por completo a la hora del servicio. Entiendo que puedo declinar el ultrasonido para evitar cualquier responsabilidad financiera. También entiendo los videos del ultrasonido no son cubiertos por ningún seguro, si elijo a compre un vídeo que soy responsable de todas las cargas.

Entiendo que otros servicios, procedimientos y tratamientos se pueden proporcionarme en el cuidado médico de Sun City womens Health Care y que cualquier servicio no cubierto por mi portador de seguro será mi responsabilidad de pagar por completo y en una manera oportuna.

---

Firma

Fecha

Testigo

Fecha



Effectivo 1/1/2010

Para proteger mejor el cuidado para nuestros pacientes y niños, hemos aumentado nuestra oficina con el equipo y computadoras nuevos en cada sitio del examen. Po seguridad para sus ninos pedimos que usted traiga por favor a alguien para cuidar a sus niños en el área de espera o tomar medidas con una ninera. Nos disculpamos por cualquier inconveniencia.

Si usted elige traer a sus niños en el cuarto del examen , cualquier daños al equipo o a las computadoras serán su responsabilidad. No somos responsables por ninguna lesion a cualquier persona durante su visita de la oficina.

Gracias por su comprensión.

Yo \_\_\_\_\_ entiendo las preocupaciones antedichas.

Fecha \_\_\_\_\_ del reconocimiento.



## **CONTRATO DE ASEGURANZA COMERCIAL**

Yo entiendo que Sun City Women's Health Care office or Dr. Michiel R. Noe, . me esta aceptando como paciente con aseguranza comercial o Medicaid. Yo acepto que soy responsable por cualquier porcion no cubierta por mi plan de aseguranza. Sun City Women's Health Care, no procesara ningun reclamo retroactivo a Medicaid si llego a ser elegible. El seguro secundario es aceptado y el reclamo será se somete para el pago a Medicaid o el seguro comercial secundario.

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

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

# Sun City Women's Health Care

(Aviso de las prácticas de la aislamiento)

## **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y SER DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE CONSEGUIR EL ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REPÁSELO POR FAVOR CUIDADOSAMENTE.**

En el curso de su cuidado como paciente en *Cuidado médico de las mujeres de la ciudad del sol*, podemos utilizar o divulgar la información personal y relativa a la salud sobre usted en las maneras siguientes:

la información personal de la salud del \*Your, inclusiva de sus expedientes clínicos, se puede divulgar a otro abastecedor u hospital del cuidado médico si es necesario referirle para la diagnosis, el gravamen o el tratamiento adicional.

expedientes del cuidado médico del \*Your tan bien como sus expedientes de la facturación puede ser divulgado a otro partido, tal como un portador de seguro, a un HMO, a un PPO, o a su patrón, si son o pueden ser responsables del pago de sus servicios.

el nombre del \*Your, la dirección, el número de teléfono, y sus expedientes del cuidado médico se pueden utilizar para entrarle en contacto con con respecto los recordatorios de la cita, la información sobre alternativas a su actual cuidado, o a la otra información relativa a la salud que puede estar de interés a usted.

Si usted no debe en el país recibir un recordatorio de la cita, un mensaje se puede dejar en su contestador automático. Además, usted tiene la derecha de examinar o de obtener una copia de la información que utilizaremos para estos propósitos. Usted también tiene la derecha de rechazar proporcionar la autorización para esta oficina de entrarle en contacto con con respecto a estas materias. Si usted no provee de nosotros esta autorización no afectará el cuidado proporcionado a usted o las avenidas del reembolso asociadas a su cuidado.

Bajo ley federal, nos también permiten o se requieren utilizar o para divulgar su información de la salud sin su consentimiento o la autorización en estas circunstancias de siguiente:

el \*If que le estamos proporcionando servicios del cuidado médico basó en las órdenes de otro abastecedor del cuidado médico.

\*If le proporcionamos servicios del cuidado médico en una emergencia.

\*If la ley nos requerimos proporcionarle cuidado y no podemos obtener su consentimiento después de procurar hacer tan.

el \*If allí es barreras substanciales a comunicarse con usted, pero en nuestro juicio profesional creemos que usted atento para que proporcionemos cuidado.

\*If otra agencia apropiada nos pedimos las cortes o.

Cualquier uso o acceso de su información protegida de la salud, con excepción de según lo contorneado arriba, será hecho solamente sobre su autorización escrita.

Le proporcionamos la información sobre su salud en persona cuando usted recibe cuidado de nosotros. Podemos también enviar la información a usted con respecto a su cuidado médico o sobre el estado de su cuenta. Si usted

quisiera recibir esta información en una dirección con excepción de su hogar o, si usted quisiera la información en una diversa forma, aconsejarnos por favor en escribir en cuanto a sus preferencias.

Usted tiene la derecha de examinar y/o de copiar su información de la salud para saber si hay siete años a partir de la fecha que el expediente fue creado o mientras sigue habiendo la información en nuestros archivos. Además, usted tiene la derecha de solicitar una enmienda a su información de la salud. Las peticiones de examinar, de copiar o de enmendar su información relacionada salud se deben proporcionarnos en la escritura.

La ley federal nos requerimos el estado y mantener la aislamiento de su archivo paciente y de la información protegida salud de la salud en esto. También nos requieren proveer de usted este aviso de nuestras prácticas de la aislamiento con respecto a su información de la salud.

La ley nos requerimos más a fondo seguir los términos de este aviso mientras que está en efecto. Reservamos la derecha de alterar o de enmendar los términos de este aviso de la aislamiento. Si los cambios se realizan a nuestro aviso de la aislamiento, le notificaremos en escribir cuanto antes el siguiente de los cambios. Cualquier cambio en nuestro aviso de la aislamiento solicitará toda su información de la salud en nuestros archivos.

La información que utilizamos o divulgamos basado en este aviso de la aislamiento puede ser sujeta el re-acceso de la persona a quien proporcionamos la información y no se puede proteger más de largo por la aislamiento federal gobierna.

Si usted tiene una queja o quisiera la información adicional con respecto a nuestro aviso de la aislamiento, nuestra aislamiento practica, o cualquier aspecto de nuestras actividades de la aislamiento, entra en contacto con por favor: el administrador de oficinas

Este aviso es eficaz en fecha 22 de noviembre de 2002. Este aviso, y cualesquiera alteraciones o enmienda hicieron aquí a, voluntad expiran siete años después de la fecha sobre la cual el expediente fue creado. Mi firma reconoce que I tenga recibió una copia de este aviso.

\_\_\_\_\_  
Nombre (impreso por favor)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si usted es un menor de edad, o si otro partido le está representando:

\_\_\_\_\_  
Representante personal (impreso)

\_\_\_\_\_  
Firma representativa personal

\_\_\_\_\_  
Fecha