



ENDOCRINE & ONCOLOGIC SURGICAL ASSOCIATES

SPECIALIZING IN DISORDERS OF THE THYROID AND SURGERY FOR CANCER

INFORMACION DE NUEVOS PACIENTES

Nombre: _____

Apellido

Primer

Segundo

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Cell: _____ Número de Teléfono Alternativo: _____

Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia: _____

Nombre

Relación

Número de Teléfono

Proveedor de Atención Primaria /Doctor de Familia: _____

Médico Referente: _____

Endocrinólogo: _____

¿A qué doctor gustaría que le mandáramos sus registros médicos? _____

Razón por la visita de hoy: _____

Cuando estimaría que su problema empezó/ fue descubierto: _____

Etnicidad e Idioma Preferido: _____

Farmacia preferida: _____

**** Habrá una tarifa de cancelación de \$50 para todas las citas No Call No Show****

En general, la regla de privacidad de HIPAA otorga a las personas el derecho de solicitar una restricción en los usos y divulgaciones de Información de Salud Protegida (PHI). Un individual también tiene derecho a solicitar que la comunicación confidencial de PHI se realice por medios alternativos, como el envío de correspondencia a la oficina de la persona.

Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todos los que correspondan)

CELULAR

___ O.K. dejar un mensaje detallado

___ Deje un mensaje solo con el número de devolución de llamada

CORRESPONDENCIA ESCRITA

___ O.K. dejar un mensaje detallado

___ Deje un mensaje solo con el número de devolución de llamada

CORREO ELECTRONICO

___ O.K. dejar un mensaje detallado

___ Deje un mensaje solo con el número de devolución de llamada

AUTORIZACIÓN PARA DISCUTIR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Por la presente doy permiso a la Dra. Carolyn Garner, al personal y a las agencias contratadas para discutir abiertamente mi información de atención médica con las siguientes personas. Entiendo que esta autorización solo puede ser revocada por escrito. (Esta sección DEBE COMPLETARSE para discutir atención médica con cualquier persona que no sea usted, incluidos esposo/a, hijos, padres, etc.)

Nombre	Relación	Número de Teléfono
--------	----------	--------------------

Nombre	Relación	Número de Teléfono
--------	----------	--------------------

FAVOR DE FIRMAR AQUI

Firma de Padre o Guardián



ENDOCRINE & ONCOLOGIC SURGICAL ASSOCIATES

SPECIALIZING IN DISORDERS OF THE THYROID AND SURGERY FOR CANCER

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Endocrine and Oncologic Surgical Associate está autorizado a divulgar o solicitar a cualquier hospital o compañía de seguros que tenga cobertura para mí, cualquier otro médico involucrado en mi atención, o al empleador si la cobertura es bajo un plan de seguro grupal, cualquier registro médico o información de seguro a mi tratamiento. Cualquier copia de esta autorización se considerara tan efectiva y valida como el original.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO

En consideración de los servicios realizados o que serán realizados, por la presente asigno y transfiero irrevocablemente a Endocrine & Oncologic Surgical Associates todos los derechos, títulos e intereses en los beneficios pagaderos por los servicios realizados por Endocrine & Oncologic Surgical Associates en cualquier póliza presentada. Dicha cesión y transferencia irrevocables constituirán la recuperación de dicha(s) póliza(s) de seguro, pero no se interpretara como una obligación de Endocrine & Oncologic Surgical Associates de perseguir tales derechos de recuperación. Sin embargo, siempre que esta asignación y transferencia no me quiten la capacidad de reclamar o demandar beneficios individualmente en caso de que la cobertura sea denegada por cualquier compañía de seguros. Por la presente, autorizo a la(s) compañía(s) de seguros presentada(s) a pagar directamente a Endocrine and Oncologic Surgical Associates por todos los cargos incurridos o, alternativamente, por todos los cargos que excedan las sumas realmente pagadas de conformidad con dicha(s) póliza(s). Cualquier copia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

SE ME HA PROPORCIONADO EL PAQUETE DE INFORMACIÓN DE POLÍTICAS DE OFFICE Y HE ESTADO DE ACUERDO CON ESTAS POLÍTICAS FIRMANDO A CONTINUACIÓN.

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN

FECHA



ENDOCRINE & ONCOLOGIC SURGICAL ASSOCIATES

SPECIALIZING IN DISORDERS OF THE THYROID AND SURGERY FOR CANCER

LISTA DE MEDICAMENTOS	DOSIS
ALERGIAS A MEDICAMENTO	

**POR FAVOR ENTREGUE ESTA HOJA A LA RECEPCIONISTA INMEDIATAMENTE
ANTES DE COMPLETAR EL RESTO DEL PAPELEO**

Endocrine and Oncologic Surgical Associates

Carolyn Garner MD FACS

3502 Corinth Parkway Suite 100

Corinth, TX 76208

INFORMACION DE POLIZA DE LA OFICINA

Endocrine & Oncologic Surgical Associates se compromete a brindarle a usted y a su familia la mejor atención posible. Tomamos como un cumplido que haya elegido nuestra práctica como su aliado en la búsqueda de atención médica de calidad.

Si tiene seguro médico, estamos igualmente comprometidos a ayudarlo a recibir los máximos beneficios permitidos bajo los términos de su póliza. Para lograr estos objetivos, necesitamos su cooperación y asistencia.

Somos una práctica privada regida por las leyes de cualquier negocio; cobramos tarifas para pagar salarios, espacio de oficina y todos los demás gastos comerciales.

Requerimos que cualquier deducible y / o coseguro para la cirugía se pague 2 días hábiles antes de la cirugía.

DIVULGACION DE INFORMACION FINANCIERA

La Dra. Garner tiene una propiedad parcial en Medical City Denton Day Surgery Center.

Póliza Financiera

Favor de iniciar CADA UNO:

__ PAGO: Todos los saldos, copagos, coaseguros y deducibles actuales se deben y se pagan ANTES de que se presten los servicios y su seguro requiere que se paguen en cada visita. Aceptamos efectivo, cheques, Visa, MasterCard, Discover y American Express.

__ PAGO: Si tiene un plan que requiere una referencia, necesitará una referencia de su médico de atención primaria como se indica en su tarjeta de su compañía de seguros. Si su seguro requiere una referencia que se genera a través de ellos, debe comunicarse con su médico de atención primaria para que llame a su seguro. Como somos especialistas, no podemos generar una referencia nosotros mismos. Si no hemos recibido esta referencia antes de su llegada a nuestra oficina, su cita será reprogramada o usted será responsable de toda la factura. Es su responsabilidad saber si su seguro requiere una referencia y obtener una.

__ BENEFICIOS DE SEGURO: Tenga en cuenta que cuando un paciente requiere una visita a un especialista, se requieren procedimientos de diagnóstico para la atención adecuada que no pueden ser realizados por un médico de atención primaria. Estos procedimientos se pueden realizar durante el curso normal del examen por el especialista. Aunque es necesario como parte de los exámenes de rutina, las compañías de seguros a menudo clasifican estos como procedimientos. Los posibles procedimientos que a menudo se realizan en esta práctica durante su visita incluyen, entre otros, el ultrasonido del cuello y la aspiración con aguja fina. Es importante tener en cuenta que las pruebas de imagen realizadas por razones de detección o diagnóstico por su médico de referencia no reemplazan la necesidad de un examen independiente por parte del especialista. Dependiendo de las disposiciones de su póliza de seguro, estos procedimientos y otros pueden caer bajo un beneficio separado que no sea el copago de su visita al consultorio; como deducibles y coaseguros. En la mayoría de los casos, los beneficios exactos del seguro no se pueden determinar hasta que la compañía de seguros reciba el reclamo. Por lo tanto, cualquier estimación de servicios se considerará solo una estimación y cualquier pago se considerará un pago parcial solo hasta el momento en que la compañía de seguros procese su reclamo. Su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; el pago de los servicios es, en última instancia, su responsabilidad.

__ NO PRESENTARSE / CORTESÍA DE CANCELACIÓN: Nos comprometemos a hacerle una cita lo antes posible; del mismo modo, requerimos una llamada con al menos 24 horas de anticipación si no puede asistir a su cita para permitir que otros pacientes sean atendidos. Si "no se presenta" a su cita o cancela con menos de 24 horas de anticipación, se le cobrará una tarifa de \$ 50.00. Múltiples citas perdidas o la reprogramación crónica de citas pueden resultar en nuestra solicitud para que encuentre otro especialista.

__REPROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA: Le pedimos que esté firmemente comprometido con la fecha y hora de su cirugía al programar. Si anticipa alguna barrera personal o financiera para mantener la fecha de su cirugía, le pedimos que se abstenga de seleccionar la fecha hasta que se resuelvan esos problemas. Si bien entendemos que ocurren emergencias, la reprogramación y el barajado de un programa de cirugía pueden ser extremadamente perjudiciales para otros pacientes. Habrá una tarifa de cancelación de \$ 100 para cualquier cirugía reservada y luego cancelada.

__DEPOSITO DE CIRUGÍA: Si se recomienda la cirugía, se le pedirá que pague su deducible y/o coseguro a más tardar 48 horas antes de la fecha de la cirugía, excluyendo la necesidad de procedimientos emergentes o cirugía al día siguiente. Cualquier cotización recibida para la cirugía se considerará solo una estimación y cualquier pago se considerará un pago parcial solo hasta el momento en que la compañía de seguros procese el reclamo. Si cancela su cirugía por cualquier motivo, se le reembolsará el deducible. Cualquier solicitud de un plan de pago deberá discutirse con nuestro coordinador quirúrgico con los términos firmados de ese plan en el archivo, cualquier plan de pago se organizará antes de la fecha del servicio. Es importante entender que nuestra oficina le informará de los cargos esperados de nuestras tarifas profesionales solamente. Estamos encantados de atender si hay preguntas relacionadas con las prácticas de facturación del centro quirúrgico u hospital, anestesia o patología, pero esas se facturan por separado a través de esas entidades y nuestra oficina nos hace responsable solo de la facturación en lo que se refiere al cirujano.

__POLIZA DEL SALDO DEL PACIENTE: Después de presentar una declaración con la compañía de seguros registrada, le enviaremos una declaración por correo de inmediato. El pago completo se debe realizar al recibir esta declaración y es una cortesía de nuestra oficina. Si tiene alguna pregunta o disputa el saldo, es su responsabilidad comunicarse con nuestra oficina dentro de los 30 días. Si no puede pagar el saldo en su totalidad, comuníquese con nuestro coordinador quirúrgico para discutir un cronograma de pagos o arreglos.

**NOMBRE DEL
PACIENTE** _____

Si es menor – Firma de padre o guardián:

FIRMA DEL PACIENTE (si NO es menor):

FECHA:
