



OSSFLA
 ORTHOPEDIC SPECIALISTS
 OF SOUTH FLORIDA

FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA

FARMACIA PREFERIDA _____

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO _____

Bienvenido a nuestra oficina. Estamos comprometidos a ofrecerle la atención más completa posible. Favor proporcione la siguiente información, así como la licencia de conducir y la tarjeta(s) de seguro médico.

Fecha: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Segundo Nombre: _____ Masculino Femenino

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: _____

Dirección: _____ Apt. #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (_____) _____ Celular: (_____) _____

Idioma Principal _____ CASADO SOLTERO DIVORCIADO SEPARADO VIUDO(A)

Correo Electrónico: _____ (Si quisiera recibir nuestros e-mails)

Empleador: _____ Teléfono: (_____) _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: (_____) _____

Parentesco/Relación: _____

Es su seguro del Healthcare Marketplace (Mercado de Seguros - Suplidores del Obamacare) ? SI NO

Seguro Principal: _____ Seguro Alterno: _____

Nombre del Asegurado: _____ Nombre del Asegurado: _____

Número del Seguro (ID#): _____ Número del Seguro (ID#): _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ / _____ / _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ / _____ / _____

Médico Principal: _____ Phone: (_____) _____

Fué lesionado en el trabajo? SI NO Accidente de Auto? SI NO

Otra lesión: _____ Fecha de la lesión: _____

PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECIBIR MI INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente autorizo a las partes designadas a continuación para solicitar y recibir cualquier información de salud (PHI - Protected Health Information) con respecto a mi tratamiento, pago o información administrativa relacionada con el tratamiento o el pago. Entiendo que la identidad de las partes designadas debe ser verificada antes de la divulgación de cualquier información al proporcionar prueba de identificación con foto. Si desea que su información de salud (información privada) sea accesible a cualquier miembro de su familia inmediata (es decir, cónyuge, hijos, padres), es necesario incluirlos en la lista de abajo.

Personas autorizadas para tener acceso a mi información de salud (PHI - Protected Health Information):

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre del Paciente _____

Firma del Paciente o Guardián del Paciente _____

Fecha _____

ORTHOPEDIC SPECIALISTS OF SOUTH FLORIDA, PA (OSSFLA)

OSSFLA de conforme a las normas federales y la ley de la Florida hace las siguientes declaraciones: El paciente no está obligado a obtener artículos o servicios de cualquiera de los siguientes departamentos de OSSFLA u otras entidades ha las cuales el paciente puede ser remitido (referido). El paciente puede obtener artículos o servicios de un proveedor o distribuidor de la elección del paciente, siempre y cuando sea de acuerdo con las políticas y procedimientos de su compañía de seguro. Las fuentes alternativas se describen a continuación:

SURGICARE OF MIRAMAR SURGERY CENTER:

Los siguientes miembros de OSSFLA tienen propios intereses de inversión en Surgicare of Miramar Surgery Center: los Dres. Orestes G. Rosabal, Kenneth J. Easterling, Enrique Krikorian y Tony Díaz. El paciente puede obtener servicios en un local alternativo de su elección, siempre y cuando sea de acuerdo con las políticas y procedimientos de su compañía de seguros y / o de Palmetto General Hospital, Memorial Hospital Miramar, Memorial Hospital West y HCA of Miami Lakes Surgery Center.

OSSFLA. DEPARTAMENTO DE FARMACIA:

Los pacientes pueden obtener los servicios farmacéuticos de cualquier otra farmacia de su elección.

OSSFLA. DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA:

Los pacientes pueden obtener los servicios de terapia física en cualquier otro centro de su elección, siempre y cuando sea en conforme con los términos y condiciones de su compañía de seguro.

INFORME DE MALA -PRÁCTICA (NEGLIGENCIA MÉDICA)

Los miembros de OSSFLA, los Dres. Orestes G. Rosabal, Kenneth J. Easterling, Enrique Krikorian y Tony Díaz, en conformidad con la Ley de Florida, han optado por no tener seguro de mala-practica (negligencia médica). Bajo la ley de la Florida los médicos generalmente deben tener un seguro por negligencia médica o de otra manera demostrar responsabilidad financiera para cubrir los posibles reclamos por negligencia médica. La ley de Florida impone sanciones contra los médicos no asegurados que no cumplen sentencias adversas debidas a reclamos por negligencia médica. Este aviso se le proporciona de acuerdo a la ley de la Florida.

REMISIONES (REFERIDOS) Y PRE-AUTORIZACIONES

Si usted está inscrito en un HMO o plan de seguro que requiere una remisión para que usted vea el médico, es su responsabilidad comunicarse con su médico primario para obtener la remisión (referido). Si usted no tiene una remisión en el momento de su cita, su visita puede ser atrasada o puede cambiar de horario. Usted será monetariamente responsable de los servicios prestados por OSSFLA si su HMO no paga por los servicios dados. Si proporciona un número de autorización a OSSFLA que ha expirado o que sea considerado como no válido, usted será completamente responsable monetariamente de los servicios prestados por OSSFLA.

AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

Al firmar abajo yo reconozco que he recibido, leído y entendido la Notificación de Prácticas de Privacidad de OSSFLA.

AUTORIZACIÓN

El paciente abajo firmante, guardián legal del paciente o persona autorizada actuando en nombre del paciente, comprende y está de acuerdo a lo siguiente:

- I. **CONSENTIMIENTO:** ORTHOPEDIC SPECIALISTS OF SOUTH FLORIDA, PA, (OSSFLA), se reserva el derecho de designar a cualquiera de sus médicos, el personal no especializado, el personal de su oficina médica y / u otros autorizados, designados por la ley, para realizar y administrar todo el cuidado y tratamiento al paciente. Permiso a OSSFLA que deje un mensaje recordándome de citas o de regresar la llamada. Estos mensajes no incluyen información personal de salud (PHI).
- II. **DIVULGACION E INFORMACIÓN MÉDICA:**
 - A. **Los Pacientes de Indemnización Laboral:** OSSFLA se concede por el paciente la autoridad de comunicar y divulgar a la compañía de seguros del paciente, empleador, abogado, su representante designado o médico remitente, toda la información médica con respecto a la lesión sufrida en el trabajo en relación con cualquier tratamiento realizado al paciente por OSSFLA.
 - B. **Compañía de Seguros / Organización de Mantenimiento de Salud:** OSSFLA queda autorizado a comunicar a la compañía de seguros del paciente, toda información médica para procesar los reclamos de pago por los servicios prestados por OSSFLA.
 - C. **Beneficios Gubernamentales:** OSSFLA queda autorizado para comunicar y divulgar toda información médica que sea necesaria para procesar reclamos gubernamentales, incluyendo, pero no limitado ha, Medicare, Medicaid, Tricare, etc. por servicios prestados por OSSFLA.
 - D. **Registros Electrónicos:** Reconozco que OSSFLA genera y mantiene los registros médicos electrónicos. Reconozco y acepto que los registros electrónicos tienen el mismo poder y efecto como registros escritos originales y firmados.
- III. **RESPONSABILIDAD FINANCIERA**
A menos que se indique lo contrario, el abajo firmante debe pagar tales sumas a OSSFLA como son o pueden ser debidas por servicios prestados a o en nombre del paciente por OSSFLA. En el caso de que el paciente / abajo firmante falte en pagar el saldo de la cuenta dentro de los 60 días de la fecha de vencimiento, OSSFLA puede referir la cuenta a un abogado o agencia de cobro para la recuperación de las sumas adeudadas a OSSFLA. En este caso, OSSFLA tendrá derecho a recuperar los honorarios del abogado y / o gastos de recaudación (40%). A petición de la parte responsable monetariamente, OSSFLA hará arreglos para planes de pagos opcionales y razonables.

EL ABAJO AFIRMANTE RECONOCE QUE HA LEÍDO Y COMPRENDE COMPLETAMENTE EL PRESENTE DOCUMENTO Y ESTA DE ACUERDO HA SER OBLIGADO A LOS ACUERDOS ABAJO Y ACEPTA LAS AUTORIZACIONES SEÑALADAS ARRIBA.

Reconozco, entiendo y acepto que la información de este artículo seguirá en vigor y efecto a partir de esta fecha, a través del presente y todos los futuros cursos de tratamiento a menos que y hasta que sea revocado o modificado por mí, por escrito a OSSFLA. También reconozco, entiendo y acepto que debo proveer a OSSFLA con información actualizada con respecto a mi información personal y de mi seguro y tal documentación será llenada y firmada para OSSFLA.

FECHA

PACIENTE O GUARDIAN LEGAL

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Yo, el abajo firmante beneficiario asegurado de una póliza de seguro, asigno a Orthopedic Specialists of South Florida, PA cualquier y todos los derechos que tengo bajo cualquier póliza de seguro y bajo la ley de la Florida, incluyendo sin limitación, cualquier y todos los reclamos de honorarios de abogados, costos, los intereses y / o indemnizaciones de acuerdo a la Sección 624.155 de los Estatutos de la Florida. Esta ADB reemplaza cualquier solicitud de los asegurados a reservar beneficios por salarios perdidos; yo solicito que el pago por beneficios autorizados sea estatal, federal o de compañías de seguros privadas, sean hechos a OSSFLA por cualquier servicio proporcionado por OSSFLA. Yo reconozco que OSSFLA se opone ha las reducciones o pagos parciales por el asegurador. Si mi compañía de seguros me paga directamente, estoy de acuerdo en transmitir todos los fondos a OSSFLA en un plazo de 10 días hábiles. Estoy de acuerdo que soy responsable de pagar todas las cantidades no cubiertas o cantidades por pagar al menos que estén previstos por la ley. Reconozco, entiendo y acepto que esta ADB y Dirección para pagar los beneficios adeudados permanecerá en pleno vigor y efecto a partir de esta fecha, a través de la corriente y todos los futuros cursos de tratamiento.

FECHA

PACIENTE O GUARDIAN LEGAL