



Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD and Associates
Diplomat, American Board of Pain Medicine
Diplomat, American Board of Anesthesiology

PACIENTE Nombre _____ DOB ____ / ____ / ____ Edad _____
(APELLIDO) (NOMBRE) (INICIAL)

ADDRESS _____ CIUDAD, STATE _____ ZIP _____

TELÉFONO () _____ CELL () _____ SSN _____

E-Mail: _____, se utilizará un portal Paciente

POR FAVOR CIRCLE: Hombre Mujer Casado Soltero Divorciado VIUDO

D.L.# _____ Idioma principal _____ INTÉRPRETE SE NECESITA? Y N

¿Cómo se lo refirió a nuestra oficina? _____

ES SU ENFERMEDAD O LESIONES CAUSADAS POR EL TRABAJO? SI NO D.O.I. ____ / ____ / ____

TELÉFONO EMPLOYER _____ () _____

ADDRESS _____ CIUDAD, STATE _____ ZIP _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO / FACTURACIÓN

PARTE RESPONSABLE _____ RELACIÓN _____ D.OB ____ / ____ / ____

EMPLEADOR (SI ES DIFERENTE) _____ TELÉFONO () _____

SEGURO CO. _____ TELÉFONO () _____

ADDRESS _____ CITY, STATE _____ ZIP _____

ASEGURADO ID # _____ POLÍTICA / GRUPO # _____

RECLAMO # _____ ADJUSTER _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

NAME _____ PHONE () _____ CELL () _____ Relación: _____

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE:

Debido a las estrictas normas adoptadas por el Gobierno Federal (HIPAA-Seguro de Salud Ley de Portabilidad y Responsabilidad) con respecto a la confidencialidad de los pacientes, la responsabilidad de la entrega de los resultados de las pruebas médicas y registros médicos será la responsabilidad del paciente. Muchas instalaciones dejarán de proporcionar una copia de sus exámenes médicos o registros por fax o correo electrónico sin una autorización firmada por el paciente. Nuestra oficina hará todo lo posible para obtener su historia clínica para su conveniencia. Si no somos capaces de hacerlo, es la responsabilidad del paciente para asegurar que estos registros se reciben por la Clínica de Foothills Manejo del dolor antes de la cita.

Yo autorizo a la Clínica de Gestión de Estribaciones del dolor para obtener registros médicos, pruebas, radiografías o cualquier información pertinente para ayudar en la evaluación y el tratamiento de mi condición médica. Esta autorización permanecerá en efecto por un (1) año, a menos que sea revocada por mí por escrito.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA



Foothills Pain Management Clinic

Dharmesh Mehta, MD and Associates

Diplomat, American Board of Pain Medicine

Diplomat, American Board of Anesthesiology

EL PAGO ES DEBIDO CUANDO SE PRESTAN LOS SERVICIOS. Le enviaremos la factura la mayoría de las compañías de seguros para tu como cortesía, siempre y cuando tengamos toda la información necesaria. Es su responsabilidad verificar con su compañía de seguros acerca de si usted está cubierto por los servicios médicos prestados a, por ejemplo, médico consulta / seguimiento, la epidural, bloques de faceta, recargas de la bomba o del estimulador de la médula espinal. Cualquier deducible, los copagos, los saldos no pagados por su compañía de seguros co-seguro o son de su responsabilidad financiera y se deben en su totalidad antes de los servicios que se prestan. Esto se aplica el seguro a todo incluyendo Medicare. **Iniciales del paciente:** _____

CO-PAGO; DEDUCIBLES Y RESPONSABILIDAD CO-SEGURO SON DEBIDO CUANDO SE PRESTAN LOS SERVICIOS. Los pacientes asegurados son responsables de todos los cargos no pagados por la compañía de seguros dentro de los 45 días después de la fecha del servicio. Modalidades de pago sólo se realizarán de forma individual y en nuestra DESCRESTION. No garantizamos un acuerdo de pago se hará, nos reservamos el derecho de retirar la concesión de crédito en cualquier momento. **Iniciales del paciente:** _____

POLÍTICA DE CANCELACIÓN. Los pacientes que no cancelar una cita dentro de las 24 horas de la hora de la cita se le cobrará una \$ 25.00 No Show Gastos por cancelación / Tardío. \$ 50.00 para todos los procedimientos programados. Esta cuota debe ser pagada antes de que pueda volver en el horario. **Iniciales del paciente:** _____

VUELTO POLÍTICA CHEQUES. Habrá un cargo de \$ 50.00 para todos los cheques devueltos y Gestión Clínica Estribaciones Dolor requerirá otra forma de pago para todos los futuros pagos realizados durante el curso del tratamiento. **Iniciales del paciente:** _____

MEDICARE-AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare hacerse a la Clínica de Gestión de Estribaciones del dolor por los servicios prestados a mí por este médico / proveedor. Autorizo Clínica de Gestión de Estribaciones del dolor para liberar cualquier información médica personal a la Health Care Financing Administration y sus agentes para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos para servicios relacionados.

Entiendo que mi firma solicita que se efectúa el pago y autoriza la divulgación de información de salud personal necesario para pagar el reclamo. En casos Medicare asignados, el médico / proveedor se compromete a aceptar la determinación de la carga del portador de Medicare como tasa de pago parcial de Medicare permitido, el saldo de la cuenta entonces será facturado directamente al paciente. **El paciente es responsable de cualquier saldo restante no pagado por Medicare, el deducible, coseguro y servicios no cubiertos.** El coseguro y el deducible se basan en la determinación de la carga del portador de Medicare. **Iniciales del paciente:** _____

SEGURO DE AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS AUTORIZO: Clínica de Gestión de Foothills Dolor de proporcionar información médica personal a las compañías de seguros con respecto a mi enfermedad y el tratamiento y la presente asigno en Foothills Clínica del dolor de todo pago por servicios médicos prestados a mis dependientes o mía. Yo entiendo que soy responsable de los deducibles, coseguros paciente y cualquier monto no cubierto por mi seguro. Laboratorio, radiología y otros servicios auxiliares constituidas en relación con Estribaciones Clínica del dolor se facturarán por separado. Los copagos deben hacerse en el momento del servicio. Hay un cargo de \$ 50.00 por cualquier cheque devuelto. Entiendo y estoy de acuerdo con un preaviso mínimo de 24 horas si no puedo asistir a una cita. El no hacerlo resultará en un cargo de "No Show" de \$ 25.00 para una cita de seguimiento y \$ 50.00 para cualquier procedimiento programado.

Iniciales del paciente: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:

Los abajo firmantes, presta su consentimiento para el tratamiento realizados por la Clínica de Gestión de Foothills Dolor incluyendo pero no limitado a un tratamiento de emergencia o los servicios, procedimientos de laboratorio, examen de rayos x, tratamiento y / o procedimientos médicos o quirúrgicos prestados al paciente bajo las instrucciones generales y específicas del paciente de médico.

Iniciales del paciente: _____

RELAEASE DE REGISTROS MÉDICOS

Autorizo la divulgación de los registros de medicamentos médicos o pasados a Estribaciones Clínica del dolor, el Dr. Dharmesh Mehta que ayudarán en mi tratamiento. es decir: Informes médicos; Resultados de laboratorio; Pruebas de diagnóstico; Historial de medicamentos anterior prescribe y se dispensa. **Iniciales del paciente:** _____

He leído este formulario en terminaciones y entender completamente mi responsabilidad como paciente de Estribaciones Manejo del dolor y estoy de acuerdo con la Política de la Oficina de Estribaciones Clínica del dolor durante el curso de mi tratamiento.

Nombre del paciente

_____/_____/_____
Del Paciente Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente

_____/_____/_____
Fecha

