

# Southwest Surgical Associates

CUIDADO CON EXPERIENCIA Y COMPASIÓN EN EL QUE PUEDE CONFIAR..

Physician: \_\_\_\_\_

Account#: \_\_\_\_\_

Información del Paciente			
Número del Seguro Social del Paciente		Fecha de Nacimiento	Sexo M F
Nombre del Paciente		Médico de Referencia	
Dirección		Ciudad, Estado, Código Postal	
Dirección Postal (si es diferente)		Ciudad, Estado, Código Postal	
Nombre de la Farmacia Preferida		Teléfono de la farmacia	
Teléfono de la Casa	Teléfono del Trabajo		Teléfono Celular
Correo Electrónico		Relación del Paciente con el Asegurado(a) _El mismo _Hijo(a) _Guardián _Otros	
Estado _Soltero Civil _Divorciado(a) _Separado(a)	Empleo del Paciente _Tiempo Total _Ninguno _Tiempo Parcial	Estado de Estudiante _Tiempo Total _Ninguno _Tiempo Parcial	Empleo del Esposo(a) _Tiempo Total _Ninguno _Tiempo Parcial
Nombre del Médico que lo(a) Refiere o ¿Como se entero de nosotros?		Mencione cualquier familiar cercano que sea paciente nuestro:	
¿Es la visita de hoy debida a un accidente de trabajo? _Si _No	Nombre del Ajustador de la Renumeración de los Trabajadores / Número de Teléfono		
Información de la Persona Responsable (Guardián) – No puede ser el paciente si es menor de edad			
Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo M F	Relación con el Paciente
Dirección		Ciudad, Estado, Código Postal	
Teléfono de la Casa	Teléfono del Trabajo	Teléfono Celular	
Número del Seguro Social	Empleador		
Cobertura de Seguro – Primer Asegurador			
Asegurador / Network	Número de la Póliza	Número del Grupo	Fecha de Inicio de la Cobertura
Dirección Donde Enviar la Forma del Seguro		Tipo de Plan _HMO _PPO/EPO _POS _Indemnity _ OTROS _____	
Forma del Seguro – Ciudad, Estado, Código Postal		Teléfono del Seguro	
Nombre del Asegurado (si es diferente a lo anterior)		Fecha de Nacimiento	Sexo M F
Dirección del Asegurado		Ciudad, Estado, Código Postal	
Empleador del Asegurado		Número de Teléfono del Empleador	
Cobertura de Seguro – Segundo Asegurador			
Asegurador / Network	Número de la Póliza	Número del Grupo	Fecha de Inicio de la Cobertura
Dirección Donde Enviar la Forma del Seguro		Tipo de Plan _HMO _PPO/EPO _POS _Indemnity _ OTROS _____	
Forma del Seguro – Ciudad, Estado, Código Postal		Teléfono del Seguro	
Nombre del Asegurado (si es diferente a lo anterior)		Fecha de Nacimiento	Sexo M F
Dirección del Asegurado		Ciudad, Estado, Código Postal	
Empleador del Asegurado		Número de Teléfono del Empleador	
Persona a Notificar en Caso de Emergencia			
Nombre		Relación con el Paciente	
Dirección		Ciudad, Estado, Código Postal	
Teléfono de la Casa	Teléfono del Trabajo	Teléfono Celular	

Autorizo que se pague directamente a SWSA por los servicios médicos recibidos. Autorizo que se suministre la información médica necesaria para procesar la forma del seguro. Yo entiendo que soy responsable por estos cargos independientemente de la cobertura del seguro.

<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>
--------------	--------------

Southwest Surgical Associates, L.L.P.

**Autorización y Reconocimiento por el Paciente de Haber Recibido el Aviso de Privacidad**

Yo Entiendo que como parte de las regulaciones de servicios médicos, Southwest Surgical Associates, L.L.P. crea y mantiene historias clínicas y otras informaciones describiendo, entre otras cosas, mi historia de salud, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan futuro de cuidado y tratamiento.

He recibido un aviso de práctica de privacidad que proporciona una descripción mas completa del uso y divulgación de cierta información de salud. Yo entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar esta autorización. Yo entiendo que la organización tiene el derecho de cambiar su aviso y practicas y antes de implementarlo, enviará por correo a mi dirección postal, una copia de cualquier revisión. Yo entiendo que tengo el derecho de negarme a que se use mi información de salud con el propósito de un directorio. Yo entiendo que tengo el derecho de decidir como se va a usar o divulgar mi información médica para tratamiento, pagos, u operaciones de cuidado de salud (actividades de evaluación de calidad y mejora, suscribir, graduación de premium, conducir u organizar revisiones médicas, servicios legales, y funciones de auditoría, etc.) y que la organización no es requerida en estar de acuerdo con las restricciones solicitadas.

Al firmar esta forma, yo acepto el uso y divulgación de información médica protegida sobre mí para el propósito de tratamiento, pago y operaciones de cuidado médico. Tengo el derecho de revocar por escrito esta autorización, excepto cuando se haya divulgado previamente basado en mi autorización.

**Esta autorización se da sin reserva entendiéndose que:**

1. Cualquier y todos los documentos, ya tan sean escritos u oral o por formato electrónico, son confidenciales y no pueden ser divulgados por razones fuera del tratamiento, pago u operaciones de cuidado médico sin mi autorización previa, excepto cuando es requerido por la ley.
2. Una fotocopia o facsímil de esta autorización es tan valida como el original.
3. Tengo el derecho de pedir que el uso de mi información médica protegida, la cual es usada o divulgada por razones de tratamiento, pago u operaciones de cuidado médico, sea restringida También entiendo que la práctica y yo debemos de concordar por escrito con cualquier restricción que yo pida sobre el uso de mi información médica protegida; y estoy de acuerdo con terminar por escrito cualquier restricción que haya aceptado previamente sobre el uso de mi información médica protegida.

\_\_\_\_\_  
(NOMBRE DEL PACIENTE POR ESCRITO)

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE (O GUARDIÁN, SI ES MENOR DE EDAD)

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL (SOLAMENTE POR RAZONES DE IDENTIFICACIÓN)

\_\_\_\_\_  
TESTIGO (Opcional)

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
PERSONAS A LAS QUE SE LE PERMITE DISCUTIR INFORMACIÓN MÉDICA

# POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE

---

## Bienvenido a Southwest Surgical Associates, L.L.P.

*Nuestros médicos están dedicados a proporcionar el mejor cuidado a nuestros pacientes a través de excelencia quirúrgica.*

Nuestra práctica cree firmemente que una buena relación médico/paciente depende de entendimiento y buena comunicación. Para servir mejor sus necesidades y clarificar cualquier pregunta que usted pueda tener con relación a sus responsabilidades, hemos adoptado la siguiente política financiera.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame y hable con uno de los miembros de nuestro personal de facturación al teléfono 713-255-6300 y le aclarara cualquier preocupación relacionada con su reclamo o balance. Por favor recuerde que su seguro es un acuerdo entre usted, su empleador, y la compañía de seguro. Nosotros no somos parte de ese contrato y no todos los servicios son beneficios cubiertos por todos los contratos. Algunas compañías de seguro seleccionan arbitrariamente algunos servicios que no cubrirán.

1. **Identificación:** Como parte de nuestro esfuerzo de proteger su identidad según los requisitos de la ley, usted tiene que enseñar una identificación con fotografía en cada visita. Si no tiene una identificación con fotografía, su visita será cambiada.
2. **Pacientes que Pagan en Efectivo:** El pago es requerido en el momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques, y tarjetas de crédito y débito.
3. **Formas de Seguro:** Se requiere que usted presente su tarjeta(s) de seguro actual en cada visita para que podamos mandar su forma al seguro. Para los servicios médicos que no están cubiertos por su seguro, el pago completo es requerido en el momento del servicio. Si no participamos en su plan, mandaremos la forma en su nombre; sin embargo, el pago completo es requerido en el momento del servicio. Usted es responsable por el pago a pesar de la determinación arbitraria de *tasas usuales y habituales* de su compañía de seguro.
4. **Cargo de Cuenta: Todas las cantidades de co-pay, deducibles y coinsurance serán requeridas en el momento del servicio.** Nuestra practica le cargará un "cargo de cuenta" de \$10.00 si el co-payment no es pagado en el momento del servicio.
5. **Requisitos de Autorización y Referencias:** Es su responsabilidad de traer a su visita las referencias y autorizaciones requeridas. Si no tiene la información requerida, su visita será cambiada o usted será financieramente responsable por todos los cargos en el momento del servicio.
6. **Historial Médico/Formas:** Habrá un cargo de \$25.00 por copiar el historial médico para uso personal y por llenar formas (como por ejemplo discapacidad, permiso de ausencia, etc.) que no estén asociadas con el reembolso de formas médicas a Southwest Surgical Associates. Solicitudes de documentos requerirán un mínimo de 48 horas de plazo de tiempo para ser procesadas. Todos los cargos deben ser pagados en el momento que se soliciten para asegurar el manejo correcto.
7. **Cheques devueltos:** Habrá un cargo de \$30.00 por cada cheque devuelto. Personas con intenciones de dar cheques sin fondos son sujetas a procesamiento criminal por la oficina Fiscal del Distrito.
8. **Procedimiento de la Cuenta:** Cuando ya su seguro haya pagado, se le enviará por correo una cuenta del balance requerido a la dirección que usted nos dio. Si usted no hace arreglos financieros al cavo de 30 días, su cuenta puede que sea entregada a nuestra agencia de colección. Nos damos cuenta de que problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. En ese caso, le recomendamos que se ponga en contacto con nuestro personal de facturación para que lo asistan con su cuenta.
9. **Estimado de Cargos:** Nuestros cargos están apropiadamente basados en localización geográfica y habilidad y experiencia del médico. Si usted requiere servicios quirúrgicos fuera de la oficina, se le proporcionará un estimado de cargos. Por favor tenga en cuenta que el estimado quirúrgico solamente es un "estimado" por nuestros servicios a no ser que esté de lo contrario especificado. Usted recibirá una cuenta separada de cada agencia externa por servicios proporcionados por ellas. Esto puede que incluya hospital, anestesia, laboratorio, radiología, y asistentes quirúrgicos. **No** podemos garantizar que cada agencia externa usada por el centro de atención médica este en el network de su plan.

Debemos recalcar que como proveedor médico, nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguro. Mientras que remitir las formas de seguro es una cortesía que extendemos a nuestros pacientes, todos los cargos son su responsabilidad desde el día que los servicios son proporcionados.

### AUTORIZACIÓN: (Favor de inicializar y firmar)

\_\_\_\_ Yo estoy de acuerdo y autorizo que Southwest Surgical Associates, L.L.P. trate cualquier condición que yo pueda tener y por la que busque tratamiento.

\_\_\_\_ Yo autorizo que Southwest Surgical Associates, L.L.P. suministre información a mis portadores de seguro referente a cualquier enfermedad/accidente.

\_\_\_\_ Yo estoy de acuerdo que soy financieramente responsable por todos los cargos sean o no cubiertos por mi seguro. He leído y entiendo la Política Financiera del Paciente.

\_\_\_\_ Yo asigno por este medio irrevocablemente a la práctica/médico todos pagos por los servicios médicos .

Nombre del Paciente (por escrito por favor): \_\_\_\_\_

Numero de Cuenta: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente (padre si el paciente es menor de edad): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_