



Continuación de registro de pacientes

Responsabilidad financiera

Paciente que paga por cuenta propia (inicie para verificar que no usará su aseguranza)	Iniciales:
Nombre de aseguranza primaria:	Nro:
Suscriptor (si es diferente del paciente):	Grupo #:
Dirección:	Telé #:
Nombre de aseguranza secundaria:	Nro. #:
Suscriptor (si es diferente del paciente):	Grupo #:
Dirección:	Telé #:

Información de Farmacia

Nombre de farmacia:	Telé #:
Dirección:	Fax #:
Ciudad,Estado,Código Postal:	ID de correo (si corresponde):

Reconocimiento

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice en mi nombre por cualquier servicio que me brinde Fort Worth Heart, PA, o en sus instalaciones, incluidos los servicios médicos. Autorizo a cualquier titular de información sobre mí a divulgar a la Administración de Financiamiento de Atención Médica y sus agencias cualquier información necesaria para determinar estos beneficios u otros beneficios relacionados con estos servicios. Designo a Fort Worth Heart, PA para que actúe como mi representante autorizado al solicitar una apelación de mi plan de seguro con respecto a su denegación de servicios o denegación de pago.

Autorizo que el pago de todos y cada uno de los beneficios médicos y/o quirúrgicos a los que tengo derecho a través de un seguro privado o cualquier plan de salud, incluidos los beneficios médicos principales, se realice a: Fort Worth Heart, PA. Esta cesión permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como la original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que dicha compañía de seguros los pague o no. Por la presente autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago.

Fecha: _____

Paciente: _____

Firma del paciente o Responsable

Nombre impreso del paciente o parte responsable

FWH_Downtown
1900 Mistletoe Blvd. Ste. 100
Fort Worth, TX 76104

FWH_Burleson
209 Old Highway 1187
Burleson, TX 76028

FWH_Boat Club
4900 Boat Club Rd.
Fort Worth, TX 76135

FWH_Mira Vista
6949 Bryant Irvin Rd. Ste. 110
Fort Worth, TX 76132

FWH_Granbury
2003 Rockview Dr.
Granbury, TX 76049



Autorización para divulgar información de salud protegida/formulario de privacidad de HIPAA

Las entidades cubiertas, tal como se define ese término en HIPAA y el Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.001, deben obtener una autorización firmada de la persona o del representante legalmente autorizado de la persona para divulgar electrónicamente la información de salud protegida de esa persona. No se requiere autorización para las divulgaciones relacionadas con el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica, el desempeño de ciertas funciones del seguro o según lo autorice la ley. Las entidades cubiertas pueden usar este formulario o cualquier otro formulario que cumpla con HIPAA, la Ley de privacidad médica de Texas y otras leyes aplicables. A las personas no se les puede negar el tratamiento por no haber firmado este formulario de autorización, y negarse a firmar este formulario no afectará el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios.

Debido a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996, la siguiente información debe completarse anualmente para cada paciente. Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento mediante notificación por escrito indicando mi intención de revocar esta autorización a la persona u organización que se describe a continuación.

Nombre del paciente:	fecha de nacimiento:
----------------------	----------------------

AUTORIZO a _____ A DIVULGAR MI INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA A:

Nombre de la persona/organización:	
Dirección:	Telé #:
Ciudad, Estado, Código Postal:	Fax #:

Nombre de la persona/organización:	
Dirección:	Telé #:
Ciudad, Estado, Código Postal:	Fax #:

Información autorizada a divulgar:

<input type="checkbox"/> Toda la información de salud	<input type="checkbox"/> Historial/Examen físico	<input type="checkbox"/> Medicamentos pasados/presents	<input type="checkbox"/> Órdenes del medico
<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Informes de consultas	<input type="checkbox"/> Informes de EKG/cardiología	<input type="checkbox"/> Alergias del paciente
<input type="checkbox"/> Informes de operaciones	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Informes e imágenes de radiología	<input type="checkbox"/> Resumen del alta
<input type="checkbox"/> Información de facturación	<input type="checkbox"/> Informes de patología	<input type="checkbox"/> Informes de pruebas de diagnóstico	<input type="checkbox"/> Otro _____

Se requieren iniciales para divulgar la siguiente información:

_____ Registros de salud mental (excluyendo notas de psicoterapia)	_____ Resultados de la prueba/tratamiento del VIH/SIDA
_____ Información genética (incluidos los resultados de las pruebas genéticas)	_____ Registros de abuso de drogas, alcohol o sustancias

Fecha: _____

La autorización vence 1 año después de la fecha anterior

Paciente: _____

Firma del paciente o Responsable

FWH_Downtown
1900 Mistletree Blvd. Ste. 100
Fort Worth, TX 76104

FWH_Burleson
209 Old Highway 1187
Burleson, TX 76028

FWH_Boat Club
4900 Boat Club Rd.
Fort Worth, TX 76135

FWH_Mira Vista
6949 Bryant Irvin Rd. Ste. 110
Fort Worth, TX 76132

FWH_Granbury
2003 Rockview Dr.
Granbury, TX 76049



Acuerdo y Cesión de Beneficios

Nuestro equipo de cardiólogos, enfermeras, técnicos y personal esperan su visita. Fort Worth Heart se enorgullece de ofrecer métodos de diagnóstico de última generación y atención individual a las necesidades de los pacientes.

Programando su cita

Para programar su cita, o si debe cancelar una cita, llame al (817) 338-1300. Escuche atentamente nuestro árbol de menús.

Su cita puede incluir una o más pruebas de diagnóstico utilizadas para determinar cómo está funcionando su corazón. Debido al examen completo que se realizará y la posible necesidad de pruebas de diagnóstico, debe usar ropa y zapatos cómodos. Además, para ayudar a nuestros cardiólogos a desarrollar un plan de tratamiento que sea mejor para usted, es necesario que traiga todos sus medicamentos actuales a cada visita.

En ocasiones, nuestros médicos se involucran en emergencias no programadas fuera del consultorio. Si esto ocurriera durante la hora de su cita, se hará todo lo posible para satisfacer sus necesidades. Dependiendo de la naturaleza de la emergencia, es posible que se le pida que espere a que regrese el médico, que re programe su cita para otro día en un futuro cercano o que vea a otro médico en Fort Worth Heart.

Su cita

El día de su cita, por favor:

- Traiga todos los medicamentos que está tomando actualmente
- Use ropa cómoda y zapatos para caminar
- Traiga los formularios de seguro necesarios y una tarjeta de identificación de seguro vigente, si corresponde
- Traiga una carta de referencia si lo requiere su compañía de seguros o HMO
- Esté preparado para suministrar el copago del seguro por los servicios prestados
- Traer estudios o informes realizados por su médico de referencia
- Si desea un acompañante para su visita, notifique a nuestro equipo de recepción

Política de pago

Por favor, comprenda que el pago de los servicios es una parte importante de la relación proveedor-paciente. Si no tiene seguro, prueba de seguro o participa en un plan que no cumplirá con una asignación de beneficios de seguro, el pago de los servicios se deberá realizar en el momento del servicio, a menos que nuestro personal haya aprobado un acuerdo de pago por adelantado.

Es su responsabilidad proporcionar toda la información necesaria sobre elegibilidad, identificación, autorización y referencia del seguro y notificar a nuestra oficina sobre cualquier cambio de información cuando ocurra. Incluso una autorización previa de los servicios no garantiza el pago de su compañía de seguros. Es responsabilidad del paciente saber si nuestra oficina participa o no en su plan de seguro. Si no proporciona toda la información requerida, es posible que sea necesario que el paciente pague todos los cargos. Cuando se trata de seguros, estamos obligados por contrato a cobrar copagos, coseguros y deducibles, según lo indique su compañía de seguros. Los planes de pago están disponibles a pedido. Registros y otra información que describa, entre otras cosas, mi historial de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan para atención o tratamiento en el future.

Fecha: _____

Paciente: _____

Firma del paciente o Responsable

Nombre impreso del paciente o parte responsable

FWH_Downtown
1900 Mistletoe Blvd. Ste. 100
Fort Worth, TX 76104

FWH_Burleson
209 Old Highway 1187
Burleson, TX 76028

FWH_Boat Club
4900 Boat Club Rd.
Fort Worth, TX 76135

FWH_Mira Vista
6949 Bryant Irvin Rd. Ste. 110
Fort Worth, TX 76132

FWH_Granbury
2003 Rockview Dr.
Granbury, TX 76049



Fort Worth Heart ^{PA}

Consentimiento del paciente y acuse de recibo del aviso de privacidad

Entiendo que, como parte de la prestación de servicios de atención médica, Fort Worth Heart, PA crea y mantiene registros de salud y otra información que describe, entre otras cosas, mi historial de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan para el futuro. cuidado o tratamiento.

Entiendo que tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento (si desea revisar, solicite una copia a la recepcionista). Entiendo que la organización se reserva el derecho de cambiar su Aviso y prácticas y antes de la implementación enviará por correo una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado. Entiendo que tengo derecho a oponerme al uso de mi información de salud para propósitos de directorio. Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información de salud para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica (actividades de evaluación y mejora de la calidad, suscripción, clasificación de primas, realización o coordinación de revisiones médicas, servicios legales, y funciones de auditoría, etc.) y que la organización no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto cuando ya se hayan hecho divulgaciones en base a mi consentimiento previo.

Este consentimiento se otorga libremente en el entendido de que:

1. Todos y cada uno de los registros, ya sean escritos, orales o en formato electrónico, son confidenciales y no se pueden divulgar por razones ajenas al tratamiento, pago u operaciones de atención médica sin mi autorización previa por escrito, excepto que la ley disponga lo contrario.
2. Una fotocopia o fax de este consentimiento es tan válido como este original.
3. Tengo derecho a solicitar que se restrinja el uso de mi Información de Salud Protegida, que se use o divulgue para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También entiendo que la Práctica y yo debemos estar de acuerdo con cualquier restricción por escrito que solicite sobre el uso y divulgación de mi Información de Salud Protegida; y acepto terminar cualquier restricción por escrito sobre el uso y la divulgación de mi información de salud protegida que se haya acordado previamente.

Fecha: _____

Paciente: _____

Nombre impreso del paciente o parte responsable

Nombre impreso de la parte responsable (si es diferente al paciente)

Firma del paciente o Responsable

FWH_Downtown
1900 Mistletoe Blvd. Ste. 100
Fort Worth, TX 76104

FWH_Burleson
209 Old Highway 1187
Burleson, TX 76028

FWH_Boat Club
4900 Boat Club Rd.
Fort Worth, TX 76135

FWH_Mira Vista
6949 Bryant Irvin Rd. Ste. 110
Fort Worth, TX 76132

FWH_Granbury
2003 Rockview Dr.
Granbury, TX 76049