

## BIENVENIDOS A NUESTRA PRÁCTICA

---

Nombre del paciente

Nos complace que haya elegido Vascular & Vein Center en Gulfcoast Surgeons para sus necesidades quirúrgicas.

Su cita es el \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ AM / PM con el Dr.

\_\_\_\_\_.

Adjunto encontrará un paquete de información que debe ser completado y llevado a nuestra oficina en el momento de su cita. Por favor, llegue diez (10) minutos antes de su cita con su foto (I.D), tarjetas de seguro, y todos los envases (botellas) de medicamentos actuales con usted.

Si su compañía de seguros requiere una autorización para que usted reciba tratamiento de un especialista, usted y su médico de atención primaria deben obtenerlo antes de su cita.

Si podemos servirle, no dude en llamarnos. Esperamos verte.

**8010 Summerlin Lakes Dr. Ste 100**  
**Fort Myers, FL 33907**

**1003 Del Prado Blvd. S. Ste 204**  
**Cape Coral, FL 33990**

**REGISTRO DEL PACIENTE**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Dirección Local:** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Zip** \_\_\_\_\_

**Dirección Alternativa:** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Zip** \_\_\_\_\_

**Teléfono de casa:** \_\_\_\_\_ **Teléfono Alternativo:** ( ) \_\_\_\_\_

**Empleador:** \_\_\_\_\_ **Teléfono del trabajo:** ( ) \_\_\_\_\_

**Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_ **Estado Civil:** \_\_\_\_\_

**Nombre del cónyuge:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento del cónyuge:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**# SS del cónyuge:** \_\_\_\_\_ **Empleador de cónyuge:** \_\_\_\_\_

**Médico que lo refirió:** \_\_\_\_\_ **Médico de atención primaria:** \_\_\_\_\_

**Contacto en caso de Emergencia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**¿Como supo de nosotros? Amigo** \_\_\_ **Periódico** \_\_\_ **TV** \_\_\_ **Médico** \_\_\_ **Guía telefónica** \_\_\_\_\_  
**Otros** \_\_\_\_\_

**¿Recientemente ha estado en un Centro de Enfermería Especializada o en un Centro de Rehabilitación?**  
\_\_\_ **Si** \_\_\_ **No** **Fechas de la estancia:** \_\_\_\_\_

**Compañía (nombre) del Seguro primario:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Asegurado:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento del Asegurado:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Número de la póliza:** \_\_\_\_\_ **Número del grupo:** \_\_\_\_\_

**Compañía (nombre) del Seguro Secundario:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Asegurado:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento del Asegurado:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Número de la póliza:** \_\_\_\_\_ **Número del grupo:** \_\_\_\_\_

Por la presente, verifico que la información anterior es exacta. Reconozco plenamente que el pago se basa únicamente en mi contrato con una compañía de seguros o agencia gubernamental, y estoy de acuerdo en pagar por los servicios no totalmente reembolsados por ellos. Autorizo la divulgación de toda la información médica necesaria para tramitar la reclamación. Autorizo que todos los beneficios pagaderos sean asignados y hechos a nombre de Vascular & Vein Center en Gulfcoast Surgeons en mi nombre. En caso de que el procedimiento facturado se considere no cubierto, el pago completo no se recibe, mi deducible no se ha cumplido o, por cualquier razón, la compañía de seguros no hace un pago completo y puntual a Vascular & Vein Center en Gulfcoast Surgeons, Acepto liquidar la cuenta en su totalidad con Vascular & Vein Center en Gulfcoast Surgeons previa notificación del fracaso de mi compañía de seguros a pagar. Autorizo la liberación de cualquiera y todos mis expedientes médicos a cualquier médico y / o hospital que participe en mi cuidado.

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISARLO CON CUIDADO.**

**LA FECHA EFECTIVA ES 23 DE SEPTIEMBRE DE 2013**

### **NOSOTROS CUMPLIREMOS CON ESTA NOTIFICACIÓN /AVISO.**

Este Aviso describe las prácticas de privacidad de los Cirujanos Vasculares de Gulfcoast, nuestros proveedores, nuestras farmacias y cualquier tercero que nos ayude a administrar la Información de Salud Protegida. En general, podemos usar y divulgar su información de salud para coordinar y supervisar su tratamiento médico, pagar sus reclamaciones médicas y asistir en operaciones de atención médica como se describe en este Aviso.

### **NUESTRO COMPROMISO PARA PROTEGER SU INFORMACIÓN DE SALUD.**

Creemos que la información sobre usted y su salud, ya sea verbal, escrita o electrónica, es personal y debe ser cuidadosamente salvaguardada. Estamos comprometidos a proteger su información personal de salud. Nosotros (o los terceros que nos ayudan) mantenemos un registro de toda la atención de salud proporcionada por o pagada por los cirujanos vasculares de Gulfcoast. Este Aviso se aplica a toda su información de salud que mantenemos. Tenga en cuenta que los proveedores de atención médica o las farmacias no asociadas con nosotros, como otros médicos, hospitales o farmacias externas, tienen sus propias políticas con respecto al uso y divulgación de su información de salud creada en sus oficinas. Usted debe consultar su Notificación de Privacidad de Prácticas para obtener información acerca de cómo pueden usar y divulgar su información médica.

Este Aviso le informa sobre las formas en que podemos usar y divulgar su información de salud. Este Aviso también describe sus derechos de privacidad, junto con las obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de su información de salud. La ley federal de privacidad médica nos obliga a:

- asegúrese de que su información médica se mantenga privada
- le entregue este Aviso de Privacidad de Prácticas con respecto a su información de salud; y
- seguir los términos de este Aviso.

### **CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD**

No vendemos su información personal de salud ni la divulgamos a compañías que desean venderle sus productos. Debemos tener su permiso por escrito (llamado "autorización") para usar y divulgar su información de salud, excepto por los usos y divulgaciones que se describen a continuación. No vendemos su información de salud a nadie ni revelamos su información de salud a otras compañías que pueden querer vender su información de salud a nadie o revelar su información de salud a otras compañías que quieran venderle sus productos (por ejemplo). Adicionalmente, la ley de Florida puede requerir que obtengamos su autorización previa específica para usar y divulgar cierta información de salud, como información sobre salud mental, abuso de sustancias e información sobre el VIH / SIDA.

Usted y su representante personal. Podemos revelar su Información de salud para usted o su representante personal (una persona que tiene el derecho legal de actuar en su nombre). Otros implicados en su cuidado. Podemos compartir su información de salud con familiares o amigos que están directamente vinculado/implicado en el cuidado médico, cuando usted está presente y nos ha dado permiso verbal o escrito. No discutiremos su información de salud con su familia o amigos si usted no está presente a menos que usted nos haya dado su permiso o creamos que es en su mejor interés. Nuestros profesionales de la salud ejercerán su juicio profesional para determinar cuándo los amigos y los miembros de la familia pueden recibir información de salud (por ejemplo, un familiar que recoja una receta de la farmacia para un enfermo).

**Pago.** Podemos usar su información de salud o revelarla a terceros para obtener el pago de los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, podemos discutir su información de salud con su aseguradora para determinar si su plan de salud cubrirá el tratamiento

**Investigación.** Podemos usar o divulgar su información de salud a terceros para propósitos de investigación cuando una Junta de Revisión institucional ha determinado que dicha divulgación es apropiada sin su permiso.

**Tratamiento.** Podemos usar su información de salud o revelarla a terceros para ayudar con su tratamiento médico. Podemos divulgar su información médica a médicos, enfermeras, farmacéuticos, técnicos, estudiantes de medicina u otras personas que estén involucradas en cuidar de usted. Por ejemplo, nuestra oficina puede dar su información de salud a su médico primario para los servicios de seguimiento, oa un médico u otro proveedor de atención médica para otro tratamiento.

**Operaciones de Atención de la Salud.** Utilizaremos y divulgaremos su información de salud para funciones generales de administración y gestión, y actividades tales como evaluación y mejoramiento de la calidad, ofreciendo programas de capacitación educativa para profesiones médicas, de enfermería y otras profesiones de salud y no sanitarias, acreditación, certificación y licencias. Ejemplos de cómo usamos o revelamos su información de salud para operaciones de atención médica son: auditorías financieras o de facturación, Garantía de calidad interna, Decisiones personales, Participación en planes de atención administrada, Formación de los estudiantes, incluida la formación de imágenes de las sesiones de tratamiento, Defensa de asuntos legales, planificación empresarial, Y el almacenamiento externo de nuestros registros.

**Recordatorios de citas y beneficios y servicios relacionados con la salud.** Podemos usar y divulgar su información de salud para recordarle acerca de las citas médicas en nuestras oficinas.

**Mercado.** También podemos participar en la comunicación cara a cara con usted sobre las opciones alternativas de tratamiento disponibles para usted, o comunicarse con usted sobre los servicios relacionados con la salud disponibles para usted a través de nuestra oficina. También podemos darle regalos promocionales de valor nominal como un método de comercialización de nuestros servicios. Antes de que podamos usar su información de salud para otros propósitos de mercado o recibir pago por enviar comunicaciones de marketing, primero debemos obtener su autorización por escrito.

**Según lo requerido por la ley.** Divulgaremos su información de salud a terceros cuando lo requiera el gobierno federal, estatal o ley local. Por ejemplo, podemos compartir su información de salud cuando sea requerido por la ley de compensación de trabajadores estatales, el Departamento de Salud y Servicios Humanos, o funcionarios estatales de regulación.

**Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad.** Podemos usar y divulgar su información de salud a terceros cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o/a la salud y seguridad del público u otra persona. Cualquier revelación, sin embargo, sólo sería para alguien capaz de ayudar a prevenir el daño potencial.

**Demandas y Disputas.** Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos revelar su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información de salud en respuesta a una citación judicial, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero sólo después de hacer esfuerzos para informarle de la solicitud o para obtener una orden protegiendo la información solicitada. Si usted es parte de una demanda en un caso judicial en Florida, se debe proporcionar una orden judicial o su autorización para liberar sus registros médicos además de una citación.

**Asuntos de política pública.** Podemos usar o divulgar su información de salud en ciertos casos limitados para asuntos relacionados con el bienestar público, tales como:

-Para riesgos de salud pública (por ejemplo, prevención o control de enfermedades, notificación de nacimientos y defunciones, notificación de abuso y negligencia) o para fines de investigación cuando haya suficiente protección de la privacidad en su lugar.



- A una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley (por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles).

-A los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley (en respuesta a una orden judicial, una orden de citación, una citación o un proceso similar o para denunciar ciertos tipos de delitos) ya los funcionarios de seguridad nacional en determinadas circunstancias limitadas.

-A un director de funeraria, forense o examinador médico para permitirles desempeñar sus funciones.

-Para facilitar la donación de órganos y fines de investigación específicos, siempre y cuando se establezcan ciertas medidas de seguridad para proteger su privacidad.

Patrones y Patrocinadores del Plan. Para que usted esté inscrito en un plan de salud, podemos compartir información limitada con su empleador u otras organizaciones que ayudan a pagar su cobertura de salud. Sin embargo, si su empleador u otra organización que ayuda a pagar su cobertura de salud solicita información específica sobre la salud, no compartiremos su información de salud a menos que primero obtengan su autorización por escrito. Socios de negocio. Contratamos a terceros para brindarnos varios servicios que son necesarios para que nuestro plan de salud funcione. Antes de compartir su información de salud con estas empresas, tendremos un contrato escrito con ellos en el que prometen proteger la privacidad de su información de salud.

Recaudación de fondos. Podemos usar y divulgar su información de salud para las comunicaciones de recaudación de fondos; Sin embargo, usted tiene el derecho de optar por no recibir futuras comunicaciones de recaudación de fondos.

Otros Usos y Revelaciones de PHI. No tenemos planes de usar o divulgar su información de salud para propósitos diferentes a los proporcionados arriba o según lo permitido o requerido por la ley. Si usted nos proporciona una autorización para usar o divulgar su información de salud a terceros, puede revocar la autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su información de salud por los motivos cubiertos por su autorización por escrito. Recuerde que no podemos retirar las revelaciones que ya hemos hecho con su autorización.

#### SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD

Usted tiene varios derechos con respecto a su información de salud y nosotros respetaremos su derecho a ejercerlos. Si desea ejercer sus derechos, debe presentar una solicitud por escrito en un formulario estándar que le proporcionaremos. Puede obtener este formulario llamando a la oficina de Vascular & Vein Center at Gulfcoast Surgeons al (239) 275-8313, o escribiéndonos a Vascular & Vein Center at Gulfcoast Surgeons 8010 Summerlin Lakes Dr. Suite 100, Ft. Myers, FL 33907

Derecho a inspeccionar y copiar. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud que mantenemos. Generalmente esto incluye sus registros médicos y de facturación. Si solicita una copia de la información, podemos cobrar una tarifa por nuestros costos de proporcionar la copia. Podemos denegar su solicitud para inspeccionar y copiar en circunstancias muy limitadas. Si rechazamos su solicitud de acceso a su información de salud, le explicaremos por qué se rechazó la solicitud y si tiene derecho a una revisión adicional de la denegación.

Derecho a solicitar enmiendas. Si considera que su información de salud es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que corrijamos la información. Debe incluir con su solicitud una explicación de cómo y por qué debe corregirse su información de salud. Podemos negar su solicitud de corrección en ciertas circunstancias limitadas. Si aceptamos su solicitud de corrección, tomaremos las medidas razonables para informar a los demás de la corrección.

Derecho a solicitar una contabilidad de divulgaciones. Usted tiene derecho a solicitar una contabilidad de las revelaciones. Esta es una lista de ciertas revelaciones de su información de salud que hemos hecho a terceros. Esto se limita a las revelaciones de su PHI durante los últimos tres años. Si solicita esta contabilidad más de una vez en cualquier período de 12 meses, podemos cobrarle por el costo de responder a estas solicitudes adicionales.

Derecho a solicitar restricciones adicionales. Usted tiene derecho a solicitar una restricción sobre cómo usamos o divulgar su información médica a terceros para su tratamiento médico, el pago de sus reclamaciones médicas, o la gestión de nuestras operaciones de atención médica.

Usted también tiene el derecho de solicitar una limitación en cómo divulgamos su información de salud a los involucrados en su cuidado o pago por su cuidado, como un familiar o amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no divulguemos información a su cónyuge o hijos sobre un procedimiento quirúrgico sensible o una enfermedad que ha sufrido. Tenga en cuenta que bajo la ley federal, generalmente no estamos obligados a aceptar su solicitud. Sin embargo, si usted paga el costo total de su tratamiento sin ninguna contribución de un plan de salud, su proveedor de atención médica acordará su solicitud de no compartir su tratamiento con su plan de salud para fines de pago o operación de atención médica.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales. Le comunicamos información sobre su tratamiento de salud y pago. Si considera que nuestra comunicación con usted puede poner en peligro su salud, puede solicitar que nos comuniquemos con usted utilizando un medio o lugar alternativo razonable. Por ejemplo, puede pedir que lo contactemos solo en el trabajo, por correo electrónico o por correo postal a Una dirección especificada (por ejemplo, una casilla de correo postal, en lugar de su dirección postal de domicilio).

Derecho a una copia en papel de este aviso. Usted tiene el derecho de recibir una copia en papel de este Aviso. Puede solicitarnos que le demos una copia de este Aviso en cualquier momento. Incluso si usted ha aceptado recibir este Aviso electrónicamente, usted todavía tiene derecho a una copia en papel de este Aviso escribiéndonos a la dirección que se enumera a continuación.

Derecho a recibir una notificación de incumplimiento de su información de salud. Usted recibirá una notificación oportuna si hay un incumplimiento de su información de salud no segura.

#### CAMBIOS A ESTE AVISO

Tenemos el derecho de cambiar los términos de este Aviso. También tenemos el derecho de hacer que estos cambios se apliquen a la información de salud que ya tenemos sobre usted, así como cualquier otra que recibamos o creemos en el futuro. También puede venir en nuestra oficina y podemos tener una copia disponible a su solicitud y llevar con usted. Por favor, mire la portada de la Notificación para determinar la fecha efectiva de la Notificación.

#### PREGUNTAS O QUEJAS

Si tiene alguna pregunta acerca de sus derechos de privacidad descritos en este Aviso / Notificación, o si cree que podemos haber violado sus derechos de privacidad, comuníquese con nosotros a:

Gulfcoast Vascular Surgeons  
8010 Summerlin Lakes Dr. Suite 100  
Fort Myers, FL 33907  
(239) 275-8313

También puede presentar una queja por escrito con nosotros, así como con el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Apoyamos su derecho a proteger su información médica. No le penalizaremos ni tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRIVACIDAD**

Vascular & Vein Center at Gulfcoast Surgeons me ha presentado una copia de la **Notificación de Políticas/Pólizas de Privacidad** de Gulfcoast Surgeons y una copia del **Consentimiento del Paciente para Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida** que detalla cómo mi información puede ser usada y divulgada bajo la ley Federal y estatal.

Además, permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original, y solicito el pago de beneficios de seguro médico a mí o/a la parte que acepta la asignación. Se aplican los reglamentos relativos a la asignación médica de beneficios.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si no está firmado por el paciente, indique la relación con el paciente (por ejemplo, cónyuge, tutor legal)

Relación con el paciente:  
\_\_\_\_\_

**Solo para uso interno:**

Si el paciente o el representante del paciente se niega a firmar el acuerdo de recibo de la notificación, por favor sírvase documentar la fecha y la hora en que se presentó la notificación / aviso al paciente y firme a continuación.

Presentado el: Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro del personal:  
\_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Con mi consentimiento, Vascular & Vein Center at Gulfcoast Surgeons puede usar y divulgar información de salud protegida (PHI) sobre mí para realizar operaciones de tratamiento, pago y atención médica (TPO). Por favor refiérase a Vascular & Vein Center at Gulfcoast Surgeons Notificación / aviso de Privacidad de Prácticas de Gulfcoast Surgeon para una descripción más completa de tales usos y divulgaciones.

Tengo el derecho de revisar la Notificación / Aviso de Privacidad de Prácticas antes de firmar este consentimiento. Vascular & Vein Center en Gulfcoast Surgeons se reserva el derecho de revisar su Notificación /Aviso de Privacidad de Prácticas en cualquier momento. Se puede obtener una Notificación / Aviso de Privacidad de Prácticas enviando una solicitud por escrito a Vascular & Vein Center at Gulfcoast Surgeons en 8010 Summerlin Lakes Drive, Suite 100, Fort Myers, FL 33907.

Con mi consentimiento, Vascular & Vein Center at Gulfcoast Surgeons puede llamar a mi casa u otros lugares designados y dejar un mensaje en el buzón de voz o en persona en referencia a cualquier elemento /artículo que ayude a la práctica en la realización de TPO, tales como recordatorios de citas, Cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, incluyendo resultados de laboratorio y resultados de patología entre otros.

Con mi consentimiento, Vascular & Vein Center at Gulfcoast Surgeons puede enviar a mi casa u otro lugar designado cualquier artículo que ayude a la práctica en la realización de TPO, como declaraciones de pacientes, resultados de laboratorio y resultados de patología.

Tengo el derecho de solicitar que Vascular & Vein Center at Gulfcoast Surgeons restrinja cómo usa o divulga mi PHI para llevar a cabo TPO. Sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligado por este acuerdo.

Al firmar el formulario, estoy dando mi consentimiento a Vascular & Vein Center at Gulfcoast Surgeons en el uso y la divulgación de mi PHI para llevar a cabo TPO.

Este es un consentimiento de por vida; Sin embargo, puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho revelaciones basándose en mi consentimiento previo. Mi revocación por escrito debe ser presentada al Oficial de Privacidad a Vascular & Vein Center at Gulfcoast Surgeons, 8010 Summerlin Lakes Dr., # 100, Ft. Myers, FL 33907. Si no firmo este consentimiento, Vascular & Vein Center at Gulfcoast Surgeons puede negarse a proporcionarme tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante Legal o del Paciente

**Por favor provea la siguiente información:**

Información de farmacia preferida:

Nombre de la Farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección de la Farmacia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

**Información del Paciente El CMS requiere que el GCVS pregunte:**

Lenguaje primario: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_

Etnicidad, marque uno de los siguientes:

\_\_\_\_\_ Hispano o latino

\_\_\_\_\_ No hispano o latino

\_\_\_\_\_ Paciente rehusa

\_\_\_\_\_ otros

**Dirección de correo electrónico del paciente:**

\_\_\_\_\_

**El correo electrónico es necesario para la solicitud de registro médico por el paciente solamente**

Permítanos reconciliar sus medicamentos actuales con su farmacia firmando a continuación

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD**  
**PROTEGIDA**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Paciente DOB:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Doy mi permiso a Vascular & Vein Center at Gulfcoast Surgeons para revelar mi información de salud protegida y la información de expediente médico del paciente a las siguientes personas que son miembros de mi familia, representantes legales, tutores, sustitutos de cuidado de salud o tienen poder en nombre de mí mismo.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

O

\_\_\_\_\_ Yo solicito que toda mi Información de Salud Protegida y / o Información de Registro Médico sea revelada a **MÍ SOLAMENTE**. Además, el paciente está de acuerdo en que Vascular & Vein Center at Gulfcoast Surgeons puede revelar el siguiente tipo de información contenida en los registros médicos del paciente para realizar cualquier tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

(Por favor, inicie las categorías apropiadas que usted elige revelar a continuación):

\_\_\_\_\_ Información sobre el VIH / SIDA

\_\_\_\_\_ Información de salud mental

\_\_\_\_\_ Información sobre abuso de sustancias

Podemos dejar los resultados de las pruebas en cualquiera de los siguientes: (Por favor, inicie el dispositivo de su elección)

\_\_\_\_\_ Contestadora automática de la casa

\_\_\_\_\_ Mensaje de Voz en el Teléfono Celular

\_\_\_\_\_ Correo de voz o contestador automático del trabajo

En todo momento, el paciente se reserva el derecho de revocar este consentimiento. Dicha revocación debe ser presentada por escrito a Vascular & Vein Center at Gulfcoast Surgeons.

Firma del Paciente o Representante Autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso / molde del paciente o representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## **POLÍTICA FINANCIERA**

Estamos dedicados a proporcionar el mejor cuidado posible para usted, y queremos que usted entienda nuestras políticas/pólizas financieras para evitar futuros malentendidos.

**Seguro** - Usted es financieramente responsable de todos los cargos a menos que un contrato entre nosotros y su compañía de seguros nos prohíba facturarle. Como servicio a usted, presentaremos su reclamo de seguro si nos asigna los beneficios para que su compañía de seguros pueda pagarnos directamente. También haremos el seguimiento para usted, pero si su compañía de seguros no paga la reclamación dentro de un período razonable, entonces usted puede ser responsable del pago.

**Auto pago** - Si no tiene seguro, o si no podemos verificar su cobertura, el pago se debe hacer en el momento del servicio.

**Verificación de Beneficios** - Nos pondremos en contacto con su compañía de seguros para verificar sus beneficios cuando sea necesario o cuando nos lo solicite. Hacemos esto para que tenga un estimado de cuál será su responsabilidad financiera y para determinar qué porción de sus cargos debe ser pagada por usted en o antes del momento del servicio. Cuando nos ponemos en contacto con su compañía de seguros, se nos dice que los beneficios dados no son una garantía de pago. Por lo tanto, cuando su reclamo es procesado por su compañía de seguros, es posible que su porción de los cargos pudiera ser diferente de lo que le dijimos a usted cuando le verificamos su cobertura. No podemos garantizar lo que su compañía de seguros pagará. Por lo tanto, usted puede recibir una factura de nosotros si la compañía de seguros niega, cambia o reduce el pago por los servicios que proporcionamos. La verificación de beneficios es una estimación, no una garantía de sus beneficios de seguro.

**Co-pagos y deducibles** - Cuando su seguro especifica un copago y / o cuando tiene un deducible remanente, estos pagos son colectados al momento del servicio.

**Autorización Previa** - Algunas Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO) y Asociaciones de Médicos Independientes (IPAs) requieren que usted obtenga un referido de nuestros servicios a su proveedor de atención primaria/Doctor primario. Intentaremos determinar si usted necesita tener esta referencia antes de visitar nuestra oficina. Comuníquese con su seguro o con su proveedor de atención primaria/Doctor primario si tiene preguntas sobre la necesidad de un referido.

**Cheques devueltos** - Cobramos una cuota de \$ 35.00 por cheques no pagados y devueltos.

**Tarjetas de Crédito** - Aceptamos Visa, MasterCard, Discover y American Express.

**Agencia de Recaudación /Colección** - Si su cuenta es delinciente, podemos archivarla con una agencia de colección para cobrar el pago. Si esto es necesario, es posible que su cuenta se cobre con cargos adicionales para compensar algunos de los costos de colección en los que incurra.

**Citas perdidas** - Cobramos \$ 35.00 por visitas de oficina perdidas, \$ 50.00 por visitas de laboratorio perdidas, \$ 250.00 por Ablación Endovenosa de la vena (Endovenous Ablation of the Vein) perdidas, y \$ 500.00 por cualquier procedimiento perdido en nuestra suite de Angio. Debe cancelar su cita con 48 horas de adelanto para evitar estos cargos.

He leído y entiendo la política/póliza financiera de la práctica y acepto estar obligado por sus términos. También entiendo y estoy de acuerdo que tales términos pueden ser enmendados por la práctica de vez en cuando.

---

Firma del paciente (o parte responsable, si es menor) Fecha

---

Por favor escriba el nombre del paciente