

INFORMACION DEL PACIENTE



DEMOGRAFICOS

Fecha _____		Oficina _____	
Nombre _____			
Apellido(s) _____		Primer Nombre _____	Segundo Nombre _____
F. de Nac. _____	Edad _____	# Seg. Soc. _____	
<input type="checkbox"/> Soltera	<input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> Separada	<input type="checkbox"/> Divorciada
<input type="checkbox"/> Viuda			
Nacionalidad/Idioma: _____		E-mail: _____	
Dirección _____			
Número / Calle _____			
Ciudad _____		Estado _____	Código Postal _____
Teléfono (Casa) _____	Teléfono (Trabajo) _____	Celular _____	
Referido por: _____		Doctor General _____	
Trabaja: _____		SI _____ NO _____	
Si la respuesta es SI , nombre del empleador: _____			
Si está CASADA , por favor complete la siguiente información referente a su marido:			
Nombre _____			
Apellido(s) _____		Primer Nombre _____	Segundo Nombre _____
SSN _____	F. de Nac. _____		
Información de Empleo: _____			
Nacionalidad/Idioma: _____			

En caso de EMERGENCIA, informar a: _____	
Número de Teléfono _____	Casa / Celular / Trabajo

Si NO desea que la contactemos a su casa con resultados de exámenes, ¿Dónde la deberíamos contactar?:	
Dirección _____	
Número de Teléfono _____	Casa / Celular / Trabajo

INFORMACION DE SEGURO DE SALUD

¿Tiene seguro de salud? SI NO
¿Tiene seguro de salud a través de su empleador? SI NO
Si la respuesta es SI, nombre del empleador _____
¿Es usted el asegurado principal en este seguro de salud? SI NO

Si la respuesta es NO, favor completar la siguiente información del asegurado principal

Nombre _____
Fec. de Nac. _____ # Seg. Soc. _____
Su parentezco con el asegurado principal: Esposo Hija Otro _____
Empleador _____

SEGURO DE SALUD PRIMARIO

Nombre de Compañía de Seguro _____
Calle y/o PO Box _____
Ciudad, Estado y Código Postal _____
ID# _____ # de Grupo _____

SEGURO DE SALUD SECUNDARIO

Nombre de Compañía de Seguro _____
Calle y/o PO Box _____
Ciudad, Estado y Código Postal _____
ID# _____ # de Grupo _____

Autorizo la entrega de información médica a compañías de seguro y/o otros doctores, además de terceras partes que beneficien directamente a Dominion Women’s Health, Inc. en el caso de un menor de edad. Autorizo la completación de reclamos a compañías de seguro y comprendo que soy responsable por los todos los cargos (incluyendo los que no son cubiertos por el seguro de salud) que ocurrirán durante el tratamiento del paciente mencionado. Si esta cuenta pasa a ser delincente, me comprometo a pagar los costos de cobranza, cortes, incluyendo honorarios de abogados.

Nombre – Paciente/Persona Responsable

Firma – Paciente/Persona Responsable

Fecha



Consentimiento para el análisis de la existencia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

En el caso que mi sangre o algún fluido de mi cuerpo sea expuesto, consiento el análisis de sangre para analizar la existencia de HIV; el cual puede indicar la existencia de el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirido (SIDA).

He sido informada y entiendo que los resultados de este test no siempre indican que la persona tenga SIDA, tendrá SIDA, o que es inmune de tener SIDA; pero que un test positivo puede ser asociado con la transmisión de HIV a otras personas.

Entiendo que mis resultados del test de HIV serán parte de mi registro médico y que futura distribución de estos registros médicos será realizada sólo con mi autorización escrita.

La firma de este documento significa que el/ella ha leído y entiende lo escrito en este documento, y ha tenido la oportunidad de hacer las preguntas necesarias, y que el/ella es el paciente o el representante de el paciente.

Consiento el test para analizar la existencia de HIV

Paciente/Representate

Fecha

Rechazo el test para analizar la existencia HIV

Paciente/Representante

Fecha

Nombre _____

Fecha de Nac. _____

Todos los resultados positivos del test para detectar la existencia de HIV serán reportados al Departamento de Salud según lo requerido por la ley estatal del Commonwealth de Virginia.



Forma de Reconocimiento Escrita

Nuestro Aviso de Prácticas de Aislamiento proporciona la información sobre como podemos usar y revelar la información médica sobre usted. Como se provee en nuestro aviso, los términos (las condiciones) de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia revisada.

Yo, _____ (Favor escriba el nombre del paciente) ha sido proporcionado con una copia del Aviso de Prácticas de Aislamiento de Dominion Women's Health, Inc.

He tenido la oportunidad de leer el Aviso de Prácticas de Aislamiento.

Entiendo que puedo hacer las preguntas necesarias a Dominion Women's Health, Inc., si no entiendo alguna información contenida en el Aviso de Prácticas de Aislamiento.

Paciente/Representante

Fecha

Nombre _____

Fecha de Nac. _____



Entrega de Registros Médicos

Yo, _____ (Favor escriba su nombre completo) entiendo que en el caso de necesitar una copia de mis registros médicos, por cualquier razón, (cambio de doctor, por uso personal, etc.), tendré que pagar un cobro de \$15.00. También entiendo que habrá un período de espera de 5 a 7 días hábiles, para que mis registros médicos sean procesados y enviados. La única excepción de este cargo será el que usted sea referido a otro proveedor por Dominion Women's Health, Inc.

En cuando requiera de mis registros médicos será necesario completar y firmar un "Release of Medical Records Form." Este formulario autorizará a Dominion Women's Health Inc. para procesar y enviar los registro médicos según lo requerido por usted.

Yo entiendo que en el caso de no entender este proceso requerido por Dominion Women's Health, Inc, puedo hacer las preguntas necesarias.

Paciente/Representante

Fecha

Nombre Completo _____

Fecha de Nacimiento _____



GARANTIA DE PAGO

El suscrito por este medio certifica que entiende y está de acuerdo (junta y separadamente en caso de más de una persona) de que es responsable por todos los cargos incurridos, o que serán incurridos por los servicios médicos y/o servicios de cirugía en su beneficio recibidos a través de Dominion Women's Health, Inc.

De tal manera, el suscrito entiende y acuerda que si su compañía de seguro de salud negara el pago por los servicios médicos y hospitalarios recibidos, dicho suscrito será totalmente responsable por los cargos y montos los cuales tendrá que pagar inmediatamente.

El suscrito autoriza a la compañía de seguro de salud a que pague el monto total de todos los servicios prestados por Dominion Women's Health, Inc. y adicionalmente, autoriza a Dominion Women's Health, Inc. a revelar cualquier información pertinente requerida por dicha compañía de seguro de salud, con el fin de cancelar por los servicios prestados por Dominion Women's Health, Inc.

En caso que el suscrito no pagara su deuda, y su cuenta fuese referida a un abogado de una compañía de cobranza, el suscrito tendrá un cargo adicional en su cuenta de un treinta y tres por ciento (33 1/3%) sobre el total de la deuda, más los cargos jurídicos, si estos aplican.

Nombre – Paciente/Persona Responsable

Firma – Paciente/Persona Responsable

Fecha

Testigo de Dominion Women's Health: _____



PATIENT FINANCIAL POLICY - SPANISH

Apreciamos el que nos haya escogido como su proveedor de cuidado de salud. Estamos comprometidos a construir una exitosa relación entre paciente y doctor con usted. Por favor entienda que el pago por nuestros servicios es parte de esta relación. La información siguiente es nuestra Financial Policy, la cual requerimos que lea y firme antes de su tratamiento medico.

Información del Paciente/Patient's Information

Su información personal será actualizada una vez al año. Su firma como representante responsable será requerida. Es su responsabilidad informarnos si hay cualquier cambio en su dirección, números de teléfono o información de seguro de salud.

Reclamaciones de Seguro/Insurance claims

Nuestra oficina enviará como cortesía los reclamos de sus visitas médicas a su compañía de seguro. Es responsabilidad del paciente averiguar si Dominion Women's Health, Inc. participa con su compañía de seguro. En el caso que el paciente no tenga disponible su información de seguro de salud, será considerada como responsable del pago completo de nuestras tarifas sin seguro de salud. Este pago es esperado en el momento de recibir el servicio médico. Al recibir su información de seguro de salud, Dominion Women's Health, Inc. enviara las reclamaciones a su seguro de salud. **Su cobertura no es garantía de pago.**

Autorizaciones/Authorizations

Nuestro grupo de trabajo hará lo necesario para obtener las Pre-certificaciones o Pre-autorizaciones para cirugías, o cualquier otro procedimiento y/o exámenes.

Organizaciones Afiliadas/Affiliated Organizations

Dependiendo de qué servicios sean realizados o el tipo de seguro de salud que usted tenga, usted recibirá cuentas de cobranza de diferentes organizaciones (ejemplo: LabCorp, Quest or NTD labs, etc.)

Responsabilidad Financiera del Paciente/Patient Financial Responsibility

Copagos, deducibles, y cualquier otro servicio médico no cubierto por el seguro de salud del paciente serán la responsabilidad del paciente y **SE ESPERA EL PAGO AL MOMENTO DEL SERVICIO MEDICO.**

Si usted no tiene cobertura de seguro de salud **SE ESPERA EL PAGO AL MOMENTO DE LOS SERVICIOS MEDICOS**, si requiere algún tipo de cirugía, esta tendrá que ser cancelada por completo antes del procedimiento.

Los doctores **NO** discuten ningún tipo de información financiera con los pacientes. Nuestro departamento de Billing está entrenado para discutir cualquier información referente a su cuenta. En el caso que requiera mayor información, por favor contacte a nuestro Gerente de Billing.

El departamento de billing hará todos los esfuerzos posibles por asistir a los pacientes y si es necesario podrá establecer planes de pago por balances pendientes. El departamento de billing podrá hacer un plan de pago utilizando su tarjeta de crédito, pagos a través de cheques o efectivo, para establecer pagos mensuales.

Aceptamos efectivo, cheques, money orders, Visa y MasterCard.

Cheques recibidos “pago completo”/Checks received “paid in full”

De acuerdo con la póliza de la práctica, no se aceptan cheques marcados como “Paid in full” “Pago Completo” ya que puede que hayan cargos pendientes después de que enviemos el reclamo por el servicio médico a su compañía de seguro.

Poliza por Cheques Devueltos/Returned Check Policy

Si un cheque es devuelto por nuestro banco, usted tendrá un cargo de \$35 en su cuenta, y además habrá una nota en su cuenta informando que dicho cheque ha sido devuelto. El paciente debe darse por informado que la práctica no podrá recibir pagos en forma de cheque por futuros servicios médicos.

El paciente será notificado por correo que tiene 5 días para enviar un pago en forma de efectivo, money order, cheque certificado o tarjeta de crédito, de otra forma el cheque devuelto será enviado a la unidad de fraude del estado.

Reembolso al Paciente/Patient Refunds

El siguiente criterio será establecido antes de cualquier reembolso al paciente. El paciente no tiene que haber sido visto en nuestra oficina por 90 días, no tienen que haber ningún tipo de cargos/reclamaciones pendientes con la compañía de seguro de salud del paciente.

Registros médicos y Formularios/Medical Records and Forms

Si usted requiere una copia de sus registros médicos, o necesita que algún formulario sea completado por nuestra práctica, usted deberá pagar \$15 antes de recibir los registros médicos o formularios completos. Legalmente la práctica tiene 30 días después de haber recibido una autorización escrita del paciente para completar los formularios requeridos.

Agencia de Cobranza/Collection Agency

Dominion Women’s Health, Inc. utiliza una compañía de cobranza externa que colecta los balances pendientes de las cuentas que no mantienen un plan de pago activo con nuestra práctica.

En el evento que su cuenta sea referida a una Agencia de Cobranza, la práctica no estará disponible para establecer un plan de pago por su balance. Todos los balances de las cuentas referidas a la Agencia de Cobranza deben ser cancelados directamente con ellos. Adicionalmente, habrá un costo de cobranza de un 33.3% agregado al balance de la cuenta. Este balance no incluye gastos adicionales directos o indirectos incurridos en el proceso de cobranza (ejemplo: gastos de corte, tarifas de abogados, etc.)

Si su cuenta ha sido referida a una Agencia de Cobranza, **se espera un pago completo de su balance en caso que requiera ser visto por alguno de nuestros proveedores. Adicionalmente, se espera un pago completo antes de recibir cualquier servicio médico adicional.**

Bancarota/Bankruptcy

Si Dominion Women's Health, Inc. es notificado que el paciente ha aplicado por “bankruptcy”, el paciente será “dismissed” de nuestra práctica, lo que significa que no podremos proveerle futura atención medica.

HE LEIDO Y ENTIENDO LA SELF PAY OB POLICY ESTABLECIDA POR DOMINION WOMEN’S HEALTH, INC. Y ESTOY DE ACUERDO CON LOS TERMINOS DE ESTA POLIZA. ADEMAS ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO QUE LA PRACTICA PUEDE CAMBIAR ESTA POLIZA EN CUALQUIER MOMENTO SIN NOTIFICACION PREVIA AL PACIENTE.

Fecha

Nombre Completo

Firma del paciente o representante legal _____

Testigo de Dominion Women’s Health: _____



Permiso Para Entregar Información De Salud Privada

Nombre Del Paciente _____ F. de Nacimiento _____

Num. De Seguro Social _____

Firmando este documento, doy permiso a la(s) persona(s) enlistada(s) en este documento para recibir Información De Salud Privada u otros permisos enlistados en la sección de comentarios. Entiendo que esta forma es legalmente brindada y que puede ser revocada por mí en cualquier momento, enviando una nueva petición para cambiar, agregar o terminar este permiso en escrito.

Fecha de Permiso	Nombre de Persona(s) Autorizada(s)	Comentarios/Instrucciones <i>(ejemplo.: puede retirar medicinas)</i>	Iniciales de Paciente/ Guardián	Fecha que Permiso fue Revocado	Iniciales de Paciente/ Guardián

Para obtener información vía telefónica, la persona llamando debe informar la clave secreta al personal de Dominion Women's Health. Clave Secreta del paciente:

Firma del Paciente/Guardián

Fecha

Nombre del Paciente/Guardián

Relación con Paciente (Si Ud. no es el paciente)



Dominion Womens Health, Inc.
Anual exención de responsabilidad

En su visita anual de salud, usted y su médico pueden discutir temas de salud que están fuera del alcance de su examen anual. Puede ser que se lo cobre por una visita médica además de su examen anual. Dependiendo de su aseguradora, usted puede ser responsable de pagar un copago, deducible, coaseguro o la totalidad de su visita médica una vez procesada por la compañía de seguros.

Dominion Womens Health, Inc. Respeta que el tiempo de todos es valioso. Por esta razón, desde el primero de Mayo del 2016, se cobrara un cargo de \$10 para los pacientes actuales y \$20 para los pacientes nuevos cuando no cancelen sus citas con 24 horas de anticipación o si no cumplen con su visita médica. Este cargo tendrá que ser pagado inmediatamente antes de su próxima cita médica. Gracias por su comprensión y cooperación.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha de Nacimiento

Fecha