



POLÍTICA DE LA OFICINA

FORMULARIOS DE DISCAPACIDAD

Por favor asegúrese de leer las instrucciones en el formulario y llenar completamente su sección. Los formularios incompletos le serán devueltos. Hay una cuota de \$20.00 por cada formulario de discapacidad que debe completarse. La cuota y el franqueo deben ser pagados cuando el formulario se envía a nuestra oficina para ser completado. Para formularios electrónicos de discapacidad, llame a la oficina con su número de identificación de reclamo o puede enviarlo por correo electrónico a info@crownsurgery.com. Por favor, espere 48 horas para completar todos los formularios.

SOLICITUDES DE REGISTROS MÉDICOS

Necesitamos un aviso de 48 horas para procesar su solicitud de cualquier liberación de expedientes médicos. Las solicitudes de registro médico deben ser por escrito con una autorización médica firmada por el paciente. Hay un cargo de \$ 0.25 por página para copias de los registros médicos.

RECARGA DE PRESCRIPCIONES

Si está tomando medicamentos recetados por nuestro médico y necesita una recarga, por favor llame a su farmacia primero y pídale que envíen por fax una solicitud de recarga al (951) 973-7299. Le pedimos que deje 48 horas para procesar su solicitud. Asegúrese de llamar en su recarga mientras aún tiene unos días de medicamento que le restan para pasar el período de 48 horas.

PORTAL DEL PACIENTE

Crown Surgery Medical Group utiliza un portal web como parte del registro de salud electrónico, que comunica información incluyendo, pero no limitado a los resultados de las pruebas y resúmenes de visitas. Puede activar su portal de pacientes proporcionando a la oficina de su médico una dirección de correo electrónico actual y completando el proceso de registro de usuarios a través de nuestro portal de pacientes. Entiendo que puedo decidir dejar de participar en cualquier momento, ya sea por escrito, o por completar el formulario de opt-out del Portal de Pacientes del Grupo Médico de la Corona.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestras políticas, no dude en preguntar. Al firmar a continuación, he leído y entiendo las políticas de la oficina mencionadas arriba y acepto aceptar las responsabilidades descritas.

X _____
Firma del Paciente

Fecha

X _____
Firma del padre o tutor

Fecha



POLÍTICA FINANCIERA

Entendemos que muchos pacientes encuentran la cobertura de seguros y los problemas de responsabilidad financiera complejos y confusos por lo que hemos esbozado nuestra política de prácticas. Por favor, no dude en ponerse en contacto con nuestra oficina con cualquier pregunta sobre nuestras políticas y nuestro personal estará encantado de ayudarle.

Tenga en cuenta que los copagos, el coaseguro y los deducibles son un acuerdo contractual entre usted y su compañía de seguros. No podemos cambiar o negociar estas cantidades.

Pacientes Asegurados

Para la comodidad de nuestro paciente, participamos en la mayoría de los planes de salud importantes y tenemos contratos con muchas HMO, PPO, compañías de seguros y agencias gubernamentales, incluyendo Medicare y Medicaid. Como cortesía, nuestro servicio de facturación presentará reclamaciones por servicios prestados a un paciente que es miembro de uno de estos planes y le ayudará de cualquier manera que razonablemente pueda para ayudarle a obtener sus reclamaciones pagadas. Es responsabilidad del paciente proporcionar toda la información necesaria en el momento de la cita. Si usted tiene un seguro secundario, automáticamente presentaremos una reclamación con ellos tan pronto como el proveedor principal haya pagado. Su compañía de seguros puede necesitar que usted proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Si está asegurado por un plan con el que contratamos pero no tiene una tarjeta de seguro con usted, el pago completo por cada visita es necesario hasta que nos proporcione una copia de la tarjeta y su cobertura puede ser verificada.

CoPays / Deducibles / Co-Seguros

Por favor esté preparado para pagar su parte del costo en el momento de su cita. Su compañía de seguros nos obliga a cobrar copagos en el momento del servicio. La renuncia a co-pagos puede constituir un fraude bajo las leyes estatales y federales. Para su comodidad aceptamos efectivo, cheques de caja, débito y tarjetas de crédito (Visa, Mastercard y American Express). Tenga en cuenta que hay un recargo de \$ 1.00 para procesar tarjetas de débito y crédito. Si no tiene su copago, coaseguro o deducible, su cita puede ser reprogramada. Además, puede tener coaseguro y / o cantidades deducibles debidas según lo requiera su compañía de seguros.

Cirugía

Cuando la cirugía está programada, sus beneficios y acumulaciones de seguro serán verificados. Usted será contactado por nuestra oficina para hacerle saber cuál es su parte del costo. Nuestra oficina recogerá como pre-pago cualquier deducible que pueda tener y cualquier coaseguro 2-3 días antes de su cita con la cirugía. El costo de su bolsillo se estima en función de sus beneficios y de nuestros honorarios. La anestesia, las instalaciones y otros proveedores son tarifas separadas. Si su restante deducible no es aplicado a nuestra reclamación por su compañía de seguros, aparecerá un crédito en su cuenta y un reembolso será procesado y enviado a usted inmediatamente.

X _____
Firma del paciente

Fecha

X _____
Firma del padre o tutor

Fecha



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN GENERAL

Apellido: _____ Nombre de pila: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Años: _____ Sexo: _____ Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Número de seguridad social: _____ Nombre del cónyuge (o padre): _____

Dirección de casa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Email: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

INFORMACIÓN REFERENCIAL

Como supiste de nosotros? Médico de Referencia Sitio web Internet Amigos de la familia Otro _____

Nombre del Médico Referente: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Médico de Atención Primaria (si dif de Ref MD): _____ Teléfono: _____ Fax: _____

INFORMACION DE EMPLEO

Estado de Empleo: Empleado Estudiante Trabajadores por cuenta propia Retirado Desempleados

Ocupación: _____ Nombre del Empleador: _____

Dirección del empleado: _____ Teléfono _____

FACTURACIÓN E INFORMACIÓN DE SEGURO

Nombre principal de la compañía de seguros: _____ Teléfono: _____

Número de identificación de la póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre del Asegurado _____ Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Inicial del Segundo nombre: _____

Nombre de la Compañía de Seguros Secundaria: _____ Teléfono: _____

Número de identificación de la póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre del Asegurado _____ Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Inicial del Segundo nombre: _____

Yo, _____, Por la presente autorizo a Crown Surgery Medical Group a solicitar beneficios en mi nombre por servicios cubiertos prestados. Solicito el pago a mi compañía de seguros, como se menciona arriba, directamente al proveedor mencionado anteriormente (o en el caso de los beneficios de la Parte B de Medicare, a mí o a la parte que acepta la asignación).

Certifico que la información que he reportado con respecto a mi cobertura de seguro es correcta y autorizo además la divulgación de cualquier información necesaria, incluyendo información médica para esta o cualquier reclamación relacionada, al agente de facturación arriba mencionado (o en el caso De los beneficios de la Parte B de Medicare, a la Administración del Seguro Social y la Administración de Financiamiento de Cuidado de la Salud) y / o la compañía de seguros mencionada anteriormente. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original. Esta autorización puede ser revocada por mí o por el transportista arriba mencionado en cualquier momento por escrito.

Autorizo al proveedor o representante designado a ponerse en contacto conmigo por teléfono sobre citas, facturación y atención médica. Como paciente o padre o tutor, acepto los términos y condiciones anteriores.

Fecha: _____ Firma del paciente o tutor: _____



ACUERDO DE CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN

Este formulario permite a nuestros médicos y al personal de la oficina permiso para hablar con los miembros de su familia u otras personas a continuación.

Yo, _____ Entiendo que bajo la Ley Federal (HIPAA) esta oficina médica no puede divulgar ninguna información médica a ninguna persona sin mi permiso expreso por escrito. La aplicación de la ley y la orden judicial son dos excepciones a este requisito. Yo, por lo tanto, doy permiso a Crown Surgery Medical Group para divulgar información médica en mi nombre a la (s) siguiente (s) persona (s).

(1) Nombre: _____ Relación: _____
Número de teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

(2) Nombre: _____ Relación: _____
Número de teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

(3) Nombre: _____ Relación: _____
Número de teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

ESTUDIANTES de MEDICINA

Crown Surgery Medical Group participa en programas de educación clínica con Western University of Health Sciences para dar a los estudiantes de medicina que se matriculan en la práctica de la medicina en la práctica clínica. Su médico ha aceptado permitir que dichos estudiantes observen y participen en sus actividades de cuidado del paciente, lo que incluye, cuando corresponda, proporcionar atención médica a los pacientes bajo la supervisión directa del médico.

Al firmar a continuación, usted acepta permitir que los estudiantes que trabajan en el consultorio de su médico observen y participen en su atención médica durante su cita de hoy, incluso, cuando corresponda, proporcionándole atención médica directa bajo la supervisión directa de su médico. Usted acepta que se le ha brindado la oportunidad de negarse a dar ese consentimiento y que puede retirar su consentimiento en cualquier momento durante su cita.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____



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

Por este medio doy mi consentimiento para que Crown Surgery Medical Group use y divulgue información médica protegida (PHI) acerca de mí para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica (TPO).

(La Notificación de Prácticas de Privacidad proporcionada por Crown Surgery Medical Group describe tales usos y revelaciones de manera más completa).

Tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento.

Crown Surgery Medical Group se reserva el derecho de revisar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Se puede obtener un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado enviando una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad, 25470 Medical Center Drive Ste 203, Murrieta, CA 92562.

Con este consentimiento, Crown Surgery Medical Group puede llamar a mi domicilio u otro lugar alternativo y dejar un mensaje en el buzón de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude a practicar la TPO, tales como recordatorios de citas, artículos de seguro y cualquier llamada Pertencientes a mi atención clínica, incluidos los resultados de las pruebas de laboratorio, entre otros.

Con este consentimiento, Crown Surgery Medical Group puede enviar a mi casa u otra ubicación alternativa cualquier artículo que ayude a practicar la TPO, tales como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones de pacientes, siempre y cuando estén marcados como "Personal y Confidencial".

Con este consentimiento, Crown Surgery Medical Group puede enviar por correo electrónico a mi casa u otra ubicación alternativa cualquier artículo que ayude a practicar la TPO, tales como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones de pacientes. Tengo el derecho de solicitar que Crown Surgery Medical Group restrinja cómo usa o divulga mi PHI para llevar a cabo TPO. La práctica no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligado por este acuerdo.

Al firmar este formulario, estoy de acuerdo en permitir que Crown Surgery Medical Group use y divulgue mi PHI para llevar a cabo TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya ha hecho revelaciones basadas en mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, o más tarde lo revoco, Crown Surgery Medical Group puede negarse a proporcionarme tratamiento.

X

Firma del paciente

Fecha

X

Firma del padre o tutor

Fecha



CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (Página 1)

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Años: _____ Sexo: _____

Peso Actual (Present Weight): _____ LBS Altura (Height): _____

Razón médica para la visita (Medical Reason for Visit): _____

Alergias / sensibilidades a la medicación (Allergies/Sensitivities to Medication): _____

Patients Medical History: (Please Circle Y (Yes) or N (No))

Y / N Ataque al corazón (Heart Attack) Cuando (When):	Y / N Asma (Asthma)	Y / N Tiroides (Thyroid)	Y / N Colitis/Colon Polyps
Y / N Insuficiencia cardíaca (Heart Failure) Cuando (When):	Y / N Ictericia (Jaundice)	Y / N Enfermedad del riñón (Kidney Disease)	Y / N Enfermedad de la úlcera (Ulcer Disease)
Y / N Murmullo del corazón (Heart Murmur)	Y / N Tuberculosis	Y / N Hepatitis	Y / N Depresión (Depression)
Y / N Diabetes Tipo de Insulina / Cantidad (Insulin Type/Amount):	Y / N Flebitis (Coágulo de sangre en la pierna) (Phlebitis)	Y / N Cáncer En caso afirmativo, ¿qué tipo:	Y / N Próstata Problemas (Esfuerzo para orinar) (Prostate Problems)
Y / N Fiebre reumática (Rheumatic Fever)	Y / N Venas varicosas (Varicose Veins)	Y / N Anticoagulación (Anticoagulation) RX	Y / N Dolor de pecho (Chest Pain)
Y / N Inyecciones traseras (Back Injections)	Y / N Apnea del sueño (Sleep Apnea)	Y / N Carrera (Stroke)	Y / N Congestivo Insuficiencia cardíaca (Congestive Heart Failure)
Y / N Sangre alta Presión (High Blood Pressure)	Y / N Elevado Colesterol (Elevated Cholesterol)	Y / N Lesión de espalda (Back Injury)	Y / N Antiplaquetario RX (Antiplatelet RX)
Y / N HIV	Y / N Falta de aliento (Short of Breath)	Y / N Arritmias (Arrhythmias)	Y / N Marcapasos (Pacemaker) Vendedor (Vendor):

Está actualmente embarazada o podría estar embarazada? (Are you currently pregnant or could you possibly be pregnant?) Yes No



CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (Página 2)

Fecha del último mamograma Cirugías previas y fechas aproximadas: (Date of Last Mammogram): _____

Enumere cualquier enfermedad por la que haya sido hospitalizado, NO requiera cirugía....(List any illnesses you have been hospitalized for, NOT requiring surgery): _____

Cirugías previas y fechas aproximadas (Previous Surgeries and Approximate Dates): _____

Antecedentes familiares de: (Por favor circule Y (Sí) o N (No))
Family History of: (Please Circle Y (Yes) or N (No))

Y / N	Diabetes	Y / N	Tuberculosis	Y / N	Alta presión sanguínea (High Blood Pressure)	Y / N	Enfermedad del corazón (Heart Disease)
Y / N	Enfermedad del riñón (Kidney Disease)	Y / N	Carrera (Stroke)	Y / N	Cáncer Que tipo: (Cancer What type)	Y / N	Sangría Tendencias (Bleeding Tendencies)

MEDICAMENTOS (MEDICATIONS):

Nombre de la medicación (Name of Medication)	Dosis (Dose)	Horas /Día (Times/Day)

Toma usted una aspirina diariamente (Do you take an aspirin daily?) Sí (Yes) No

En caso afirmativo, qué dosis? (If yes, what dose): _____

Usas tabaco (Do you use Tobacco?) _____ En el pasado (In the Past?) _____

Usas alcohol (Do you use Alcohol?) _____ Cantidad Diaria Promedio (Average Daily Amount?) _____



FORMULARIO DE RAZA Y ETNICIDAD

El Gobierno Federal nos pide que hagamos estas preguntas. Esta información se utiliza para rastrear las enfermedades por edad, sexo, raza y etnia. También usaremos esta información para identificar las necesidades de los diferentes grupos de pacientes y desarrollar planes para abordarlos y monitorear la calidad de nuestros servicios para todos los pacientes para que todos reciban la más alta calidad de atención independientemente de su origen racial o étnico. Le pedimos que marque una casilla debajo de cada categoría y le agradecemos por tomarse el tiempo para completar esta información.

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **El día de hoy:** _____

ETNICIDAD:

- Declinar Respuesta (No deseo responder) (Decline Response (I do not wish to answer))
 Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino

CARRERA:

- Declinar Respuesta (No deseo responder) (Decline Response (I do not wish to answer))
 American-Indian or Alaska Native Asian Black or African-American
 White Other

IDIOMA PREFERIDO

- Declinar Respuesta (No deseo responder) (Decline Response (I do not wish to answer))
 Arabic Italian Sign Language
 Chinese Japanese Slovak
 Czech Korean Spanish
 Dutch Malay Swahili
 English Other Tagalog
 French Persian Thai
 German Polish Turkish
 Hebrew Portuguese Urdu
 Hindi Romanian Vietnamese
 Indonesian Russian Yiddish

PLAN DE ASOCIACIÓN DE PACIENTES

Tenemos la intención de brindarle la atención y el servicio que espera y merece. Lograr el mejor resultado quirúrgico posible requiere una "asociación" entre usted y su médico. Como nuestro "socio en salud", le pedimos que nos ayude de las siguientes maneras:

Programar visitas según lo recomendado por mi médico

Entiendo que mi médico me explicará mi plan de tratamiento en detalle. Voy a programar las visitas relacionadas con pruebas de diagnóstico, tratamientos y otros médicos especialistas, según lo recomendado por mi médico.

Mantener las citas de seguimiento y reprogramar citas perdidas

Entiendo que mi médico querrá saber cómo mi estado progresa después de que deje el oficina. Regresar a mi médico a tiempo le da la oportunidad de comprobar mi condición y mi respuesta al tratamiento. Durante una cita de seguimiento, mi médico puede ordenar exámenes, remitirme a un especialista, recetarle medicamentos o incluso descubrir y tratar un problema de salud grave. Si pierdo una cita y no vuelvo a programar, corre el riesgo de que mi médico no pueda completar mi tratamiento como se describe. Esto puede poner en riesgo mi resultado general, así como prevenir la detección y el tratamiento de una condición de salud grave. Haré todo lo posible para reprogramar citas perdidas lo antes posible. Entiendo que se me puede cobrar una cuota por una cita perdida sin un aviso previo de 24 horas. Entiendo que múltiples citas perdidas podrían resultar en mi despido de la atención.

Informar a mi médico si decido no seguir su plan de tratamiento recomendado

Entiendo que después de examinarme, mi médico puede hacer ciertas recomendaciones basadas en lo que él siente que es mejor para mi salud. Esto podría incluir pero no se limita a la prescripción de medicamentos, remitirme a un especialista, ordenar laboratorios y exámenes, recomendar intervención quirúrgica, o incluso pedirme que regrese a la oficina dentro de un cierto período de tiempo. Entiendo que no seguir mi plan de tratamiento puede tener graves efectos negativos en mi resultado general. Dejaré que mi médico sepa cada vez que decido no seguir sus recomendaciones para que me informe completamente de los riesgos asociados con mi decisión de retrasar o rechazar el tratamiento.

Firma del Paciente

Fecha