

5830 Lake Underhill Rd.  
Orlando, FL 32807  
407.658.0228

**Orlando Ear, Nose &  
Throat Associates, PA**

8000 Red Bug Lake Rd #150  
Oviedo, FL 32765  
407.971.3337

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_ Separado \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección de Empleo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**SEGURO PRIMARIO**

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ # Grupo: \_\_\_\_\_ # Suscriptor: \_\_\_\_\_

Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Dirección de Casa (si es diferente) \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono de Empleo: \_\_\_\_\_

Empleador del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

**SEGURO SECUNDARIO / ADICIONAL (si aplica)**

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ # Grupo: \_\_\_\_\_ # Suscriptor: \_\_\_\_\_

Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Dirección de Casa (si es diferente) \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono de Empleo: \_\_\_\_\_

Empleador del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

**ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN DE BENEFICIOS**

Yo, el abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tengo cobertura de seguro como se documenta arriba. Asigno directamente a Orlando Ear, Nose & Throat (Drs Bibliowicz, Harrington, Rabaja, Waizenegger) todos los beneficios del seguro, si los hubiera, pagaderos a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que no pague el seguro. Autorizo a la práctica a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo esta firma en todas las presentaciones de seguros.

Firma: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

5830 Lake Underhill Rd.  
Orlando, FL 32807  
407.658.0228

**Orlando Ear, Nose &  
Throat Associates, PA**

8000 Red Bug Lake Rd #150  
Oviedo, FL 32765  
407.971.3337

Historial de Salud del Paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_

Identidad étnica \_\_\_\_\_ Hispanic or Latino \_\_\_\_\_ Non-Hispanic or Latino \_\_\_\_\_

Idioma Preferido \_\_\_\_\_

Medico Primario: \_\_\_\_\_ Numero de telefono \_\_\_\_\_

Farmacia Preferida : \_\_\_\_\_ Telefono de Farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección de \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Razon para su visita: \_\_\_\_\_

Medicamentos que esta tomando:

Nombre de Medicamentos	Dosis de Medicina	Cuántas veces al día

*Alergico a medicamentos?*

SI \_\_\_ No \_\_\_

Nombre del Medicamento	Reacciones

Problemas con anestesia? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Que problema? \_\_\_\_\_

Enumere las cirugías \_\_\_\_\_

Visitas recientes a la sala de emergencias? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones recientes? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Algún examen reciente? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Donde? \_\_\_\_\_

Sangre \_\_\_\_\_ rayos X \_\_\_\_\_ CT/MRI/OTHER \_\_\_\_\_

Algo más sobre su salud que debemos saber? \_\_\_\_\_

## Responsabilidad Financiera del Paciente

Gracias por elegir Orlando ENT para sus necesidades de atención médica. Estamos comprometidos a brindar atención de la más alta calidad. Nuestra relación es contigo y no con tu compañía de seguros. Lea y firme esta descripción de nuestras políticas financieras.

### COBERTURA DEL SEGURO:

- **Es su responsabilidad conocer la cobertura de su seguro, las disposiciones de la póliza, las exclusiones y las limitaciones. Muchos seguros requieren autorizaciones.**
- **Intentamos verificar / validar la cobertura del seguro en el momento de su visita. Si su cobertura no está activa, cualquier responsabilidad financiera es suya.**
- **Es su responsabilidad notificar a la oficina de cualquier cambio en la cobertura del seguro. Si no lo hace, resultará en la denegación de la reclamación.**

### COPAGO, CO-SEGURO Y DEDUCIBLES:

- **Los COPAGOS vencen en el momento de la visita. El coseguro y los deducibles son responsabilidad del paciente.**
- **Los deducibles están determinados por la cobertura de su seguro.**
- **Cualquier disputa con respecto a estos pagos es entre el paciente y el seguro, no con la práctica.**
- **Usted es responsable de los servicios y procedimientos que no cubre su seguro. La falta de pago de los servicios se puede enviar a una agencia de cobranza. Usted es responsable de los honorarios del abogado, si corresponde.**

REFERENCIAS: Es su responsabilidad obtener las derivaciones adecuadas si así lo requiere su seguro.

### SOLICITUDES Y PAGOS DE SEGURO:

- **Usted es responsable de responder a cualquier solicitud de su compañía de seguros. No hacerlo resultará en la denegación de la reclamación y le transferirá la responsabilidad del pago.**
- **Todos los pagos que se le envíen deben enviarse a nuestra oficina con una copia de la Explicación de beneficios (EOB) proporcionada.**

### PROCEDIMIENTOS MENORES / SERVICIOS QUIRÚRGICOS:

Nuestros médicos realizan con frecuencia estos procedimientos en el consultorio como parte del proceso de diagnóstico y tratamiento. Estos se consideran médicamente necesarios y apropiados. Todas las compañías de seguros requieren que facturemos los servicios utilizando el sistema de codificación CPT. Las reglas de codificación CPT son desarrolladas por la AMA para ayudar a los médicos a informar lo que se hizo durante las visitas al consultorio y la cirugía. Estos códigos son requeridos por todas las compañías de seguros, Medicare y Medicaid. Algunos de estos códigos se enumeran como códigos o procedimientos "quirúrgicos".

Estos códigos comunes se utilizan con frecuencia con fines de diagnóstico y se enumerarán en su Explicación de beneficios (EOB). Las compañías de seguros generalmente aplicarán estos códigos a su deducible o coseguro. No tenemos ningún recurso en esto, ya que es un contrato entre usted y su proveedor de seguros. Usted es responsable de los servicios y procedimientos que no cubra su compañía de seguros.

*Muchos de los códigos utilizados por nuestra oficina se enumeran en la sección de codificación de la cirugía, pero no necesariamente representan que se haya realizado una cirugía.*

Firma: \_\_\_\_\_ Imprime: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud**

Por la presente autorizo la divulgación / uso de mi información médica identificable individualmente (información médica protegida) por Orlando Ear, Nose & Throat Associates, PA (la práctica) para llevar a cabo tratamientos, operaciones de atención médica o pagos. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. Puede revisar y obtener una copia del aviso en cualquier momento.

Usted conserva el derecho a solicitar restricciones sobre cómo se divulga o usa su información médica protegida. Nuestra práctica no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas. La práctica puede negarse a tratarlo si el formulario de consentimiento no está firmado por el paciente o un representante autorizado.

Reconozco y acepto que la práctica puede divulgar mi información médica protegida y la información de mi historial médico a las siguientes personas / partes: \_\_\_\_\_

La práctica puede divulgar información a mí oa mi designado de las siguientes maneras:

- \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Correo regular, marcado como personal y confidencial
- \_\_\_\_\_ Teléfono, una vez verificada la identidad

Puede solicitar una copia de su historial médico. Esta solicitud debe hacerse por escrito y puede estar sujeta a las leyes estatales sobre los costos de copia.

También puede revocar este consentimiento en cualquier momento. La revocación debe presentarse por escrito y será efectiva en la fecha de recepción. Si se revoca el Consentimiento, la Práctica no le brindará más tratamiento, excepto según lo requiera la ley.

*He leído y entiendo la información de este consentimiento. Puedo solicitar una copia del Consentimiento en cualquier momento. Estoy autorizado a firmar este consentimiento como paciente o representante autorizado:*

Firma: \_\_\_\_\_ Imprime: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Have you had any CT, MRI/MRA, X-Ray, Ultrasounds, Labs or any other testing done within the last 6 months to 1 year pertaining to the medical condition you are being seen for today?

---

*Has tenido alguno CT, MRI/MRA, Radiografia, Ecografia, Laboratotio o cualquier otra prueba dentro de los ultimos 6 meses a 1 ano relacionada can las condicion medica por la que estas siendo atendido hoy?*

NO: \_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_

Yes/Si: \_\_\_\_\_

If Yes / Si es Si :

Type of Test Done / Tipo de prueba

Ct Scan \_\_\_\_\_ MRI/MRA \_\_\_\_\_ X-Ray \_\_\_\_\_ Ultrasounds \_\_\_\_\_

Thyroid Labs/Labs \_\_\_\_\_

Name of facility where test was done: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

*Nobre de facilidad donde se ralizo la prueba* \_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_