

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: _____