

Allergy, Asthma & Sinus Center of Long Island

Harshit M. Patel, M.D.

120 Bethpage Road, Suite 310, Hicksville, NY 11801 - 3227 Long Beach Rd., Oceanside, NY 11795
820 Suffolk Avenue, Brentwood, NY 11717 - 431 Beach 129th Street, Belle Harbor, NY 11694
373 W. Main Street, Babylon, NY 11702 - 124 East 40th Street, Ste 404, Manhattan, NY 10016
Tel#: (516) 822-6655 o Fax #: (516) 932-2090

INFORMACION PERSONAL

Paciente: _____
Apellido Primer Nombre Inicial
Direccion: _____
Calle
Ciudad Estado Código Postal
Seguro Social #: _____ / _____ / _____
Edad: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Sexo: Male Female
Estatuto Marital: Soltero Casado Separado Divorciado
Teléfono: _____
Celular: _____
Dirección de Correo Electrónico: _____
Empleador: _____
Teléfono del Empleador: _____

*Origen Etnico: Hispanic/Latin **Non** Hispanic/Latin Refuse to Report

*Raza: White Hispanic/Latin Afr. American/Black Asian Refuse to report

*Lenguaje Que Habla: Spanish English Other

En Caso de Emergencia A quién se deberá notificar? _____

Relacion: _____ Teléfono de emergencia: _____

Doctor Cual Referio: _____

Dotor primario: _____

Teléfono del Doctor: _____

INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN

Seguro Social #: _____ - _____ - _____

Nombre: _____
Apellido Primer Nombre Inicial

Dirección: _____
Calle

Ciudad Estado Código Postal

No. de Licencia: _____

Edad: _____ DOB: _____ / _____ / _____ Sexo: M F

Teléfono: _____

Celular: _____

Relación: Madre Padre Guardián Esposo(a)

Otro: _____

INFORMACION DEL SEGURO PRIMARIO

Nombre de Seguro: _____

Tipo: HMO PPO/EPO POS OTRO: _____

Nombre de Asegurado: _____

SS del Asegurado: _____ / _____ / _____

Relación: Yo Padres Guardián Esposo(a) otro: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Día Efectivo del asegurado: _____ / _____ / _____

No. De Seguro: _____

No. de Grupo: _____

Empleador de Asegurado: _____

Dirección del Empleador: _____
Calle

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Empleador: _____

INFORMACION DEL SEGURO SECUNDARIO

Nombre de Seguro: _____

Tipo: HMO PPO/EPO POS OTRO: _____

Nombre de Asegurado: _____

SS del Asegurado: _____ / _____ / _____

Relación: Yo Padres Guardián Esposo(a) otro: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Día Efectivo del asegurado: _____ / _____ / _____

No. De Seguro: _____

No. de Grupo: _____

Empleador de Asegurado: _____

Dirección del Empleador: _____
Calle

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Empleador: _____

A Quien Podemos Agradecer Por Habernos Referido Aqui?

- Oficina del Doctor
- Relativo o Amigo
- Compania de Seguro
- Paginas Amarillas
- Otro: _____

Receptionist will require a copy of your Insurance care and picture ID

Acceptamos Varius Metados de Pago
Efectivo Cheque Tarjeta de Crédito



Aviso de Practicas de Privacidad

La Portabilidad de los Seguros de Salud y la Rendición de Cuentas (“HIPPA”) es un programa que permite importantes derechos para comprender y controlar la forma en que su información de salud es usada. "HIPPA" establece las penas que el mal uso información personal de la salud. A continuación se describe cómo podemos usar su información.

Autorizo Harshit M. Patel, MD, PC a utilizar y divulgar información médica personal para cada uno de los siguientes fines: el tratamiento (es decir, entre los proveedores de atención de salud), el pago (es decir, las compañías de seguros), y operaciones de cuidado de salud (es decir, el control de calidad interno).

Dr Patel divulgar información médica a la compañía de seguros, administración de la seguridad social, terceros administradores, médico, o de cualquiera de las partes que pueden ser responsables de la totalidad o parte de la información médica cargos que sean necesarias con el objeto de permitir la determinación de Beneficios disponibles para los pacientes por los servicios prestados durante este período de la atención. Dr Patel también puede crear y distribuir de-identificado información de la salud mediante la eliminación de la información de identificación. Cualquier otro uso y la divulgación se hará solamente con la autorización por escrito. Usted puede revocar esa autorización por escrito, salvo en la medida en que ya hemos tomado las acciones basándose en su autorización.

Autorizo Harshit M. Patel, MD, de PC para liberar información a nuestros seleccionados instituciones médicas y de laboratorio para los hospitales, audiológica, radiológicos, quirúrgicos, alérgicos, o de otros servicios médicos auxiliares que sean necesarias a los efectos de la programación, la facturación, o la determinación De los beneficios a disposición de la paciente por los servicios prestados durante este período de la atención.

- Podemos comunicarnos con usted para recordarle sus citas o beneficios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
- Entiendo que el solicitante no podrá usar más o divulgar la información médica a no ser que se obtenga la autorización o si tal uso o divulgación es específicamente requiera o permita la ley.
- Entiendo que tengo el derecho de examinar o de recibir una copia de esta autorización, una cuenta de divulgaciones de mi información de la salud, o de mi información personal de la salud por mi requerimiento.
- Entiendo que las declaraciones de la facturación y la correspondencia que manden de nuestra oficina serán enviadas a la dirección enumerada en la página anterior.
- Entiendo que los mensajes confidenciales (es decir recordatorios de la cita) se pueden dejar en tu contestador automático del teléfono o correo de voz en los números de teléfono enumerados en la página anterior (casera, trabajo, o los números de teléfono móvil) a menos que nos pidas no a.
- Entiendo que el diagnostico o el tratamiento de mí por Harshit Patel, MD se puede condicionar sobre mi consentimiento según lo evidenciado por mi firma en este documento.
- Entiendo que tengo el derecho de pedir una restricción en cuanto a cómo mi información protegida de la salud se utiliza o se divulga para realizar las operaciones del tratamiento, del pago o del cuidado médico de la práctica, incluyendo éstos relacionados con los accesos a los miembros de familia, a otros parientes, a los amigos, o a cualquier persona identificado por tí. Harshit Patel, M.D no se requiere convenir las restricciones que puedo pedir. Sin embargo, si Harshit Patel, M.D conviene una restricción que pido, la restricción está atando en Harshit M. Patel, M.D, P.C
- Tengo el derecho de revocar este consentimiento, en escritura, en cualquier momento, excepto hasta el punto de Harshit Patel, M.D, P.C haya tomado medidas en confianza en este consentimiento
- Entiendo que tengo el derecho de repasar Harshit Patel, M.D Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este documento. El Harshit Patel, M.D Aviso de Prácticas se ha proporcionado a mi. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de aplicaciones y de divulgaciones de mi información protegida de la salud que ocurran en mi tratamiento, pago de mis cuentas o en el funcionamiento de las operaciones del cuidado médico del Harshit Patel, M.D, P.C

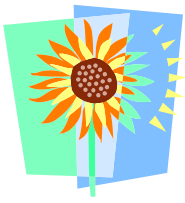
- Harshit Patel, M.D se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en el Aviso de Praticas de Privacidad. Puedo obtener un aviso revisado de las prácticas de privacidad llamando la oficina y la petición de una copia revisada se envíe en el correo o pedir uno a la hora de mi cita siguiente.
- Esta autorización se hará eficaz inmediatamente y en efecto por 2 años.
- Entiendo que tienes el recurso si sientes que se ha violado tu protección de la intimidad. Tienes el derecho de archivar una queja escrita a nuestra oficina, El Departamento de Salud y Servicios humanos, Oficina de los Derechos Civiles, sobre las violaciones de las provisiones de este aviso de las políticas y de los procedimientos de nuestra oficina. No tomaremos represarias contra tí para archivar una queja.

También autorizo a los parientes siguientes, a los amigos, o a la otra gente que puede ser informada sobre mi dolencia o diagnosis general:

Nombre: _____ Nombre: _____

_____ Fecha: ____ - ____ - ____

Firma del Paciente/Padres/ Guardian legal



Consentimiento y Declaracion de Paciente

Las dos siguientes paginas sobreavisa de nuestra poliza de facturación, autorización para el tratamiento, asignación de beneficios, lanzamiento de la información médica, y nuestras polizas de privacidad de conformarse con la portabilidad y la responsabilidad del seguro médico actúan (HIPPA).

Facturación

- Yo (paciente, padre, o guardian legal) entiendo que si la información actual del seguro no se recibe a la hora de servicio, seré responsable de pagos completos a la hora de servicios.
- Si soy un paciente de la paga del uno mismo, soy financieramente responsable de todos los servicios recibidos y se rinde ese pago se espera en el servicio del tiempo.
- En la situación de la responsabilidad financiera de la tercera parte de cubrir el coste de tu visita, la responsabilidad primaria y última del pago se reclina con ti (paciente, padre o guardian legal).
- Estamos contratado con un número de planes de cuidado (**PPO, HMO y IPA**). Debemos seguir los términos de estos planes incluyendo sus relaciones financieras y los **co-pagos co-seguro y deductibles obligatorios**, que se requiere ser pago en el día de su cita.
- Va a tener un recargo de \$10.00 si su **Copago, Co-Seguro o Deductible mandatorio** no es pagado en el día de su cita.
- Va a tener un recargo de \$20.00 por cada **cheque que rebote**.
- En el resultado de que su balance este sin pagar por un tiempo, Lo madaremos a una **agencia de coleccion** y tendra un recargo de \$50.00 por este servicio.
- En vista de programas federales (Medicare y Nueva York Medicaid), hemos acordado aceptar como lleno el pago el horario de pago descontado del gobierno. Eres responsable de cual quier **co-pagos y deductibles obligatorios** en el tiempo de servicio (aunque puedes tener co-insurance suplemental que pueda cubrir el co-pago).
- Yo (paciente, padre(s) o guardian legal) entiendo que es mi responsabilidad de traer un **referido valido** en el día de mi cita. Si, no traigo un referido valido me hago responsable de la cita.
- Esta oficina confirma su cita de cortesía, es su responsabilidad de venir a su cita.
- Un cobro de \$25.00 sera aplicado a todos los pacientes que no cancele su cita 24 horas con anticipacion. (except los pacientes en tratamiento con inyeccion de la alergia).

Autorización para el tratamiento Consiento por este medio voluntariamente a la asistencia médica para el paciente antedicho de los nombres que abarca procedimientos de diagnóstico y el tratamiento médico del médico, su ayudantes, o los designees como puede ser necesario en su juicio. Reconozco que no se ha hecho ningunas garantías en cuanto a los resultados de tratamientos o de la examinación.

Asignación de ventajas Asigno por este medio a Harshit Patel, M.D, P.C todas los derechos, título, e intereses en las ventajas pagaderas a mí por una póliza de seguro o el plan de ventajas bajo los cuales me cubran para los servicios hechos por el médico. Entiendo que soy responsable de todas las cargas no cubiertas por la asignación junto con cualesquiera deductibles y/o coaseguro y prometo por este medio pagar cualquier equilibrio restante.

FIRMA X _____

FECHA: _____ - _____ -20____