



JEFF ZHAO, D.O.
222 S. Collins Rd, Suite 101
Sunnyvale, TX 75182
PHN 214.256.3778 FAX 214.256.3770

Información de Paciente

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Genero: H M

Seguro Social# _____

Licencia# _____ Estado Emitido: _____

Domicilio: _____

Ciudad _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Celular#: _____ Casa#: _____

Trabajo#: _____

Correo Electrónico: _____ @ _____

Doctor Primario: _____

Oficina#: _____ Fax: _____

¿Cómo fue referido a nuestra oficina? (Ejemplo: Su doctor, internet, hospital, seguro médico, familiar/amigo, etc.)

(Favor de llenar si paciente es menor de edad)

Nombre de Padre/Guardián: _____ Relación: _____

Domicilio (si es diferente): _____

Ciudad _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Contacto de Emergencia & Autorización Para Revelar Información

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono#: _____

Autorizado para divulgar información (S/N) Medico/Financiero/Ambos

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono#: _____

Autorizado para divulgar información (S/N) Medico/Financiero/Ambos

PERSONAS adicionales pueden ser enumerados a continuación SI ES NECESARIO

Esta autorización se otorga libremente con el entendimiento de que:

- 1. Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero no retroactivamente.
- 2. El establecimiento, sus empleados, funcionarios y médicos quedan exentos de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información que he autorizado.

Información de Farmacia

Nombre de Farmacia: _____ Teléfono#: _____

Domicilio: _____

Información de Seguro Médico- Primario

Compañía de Seguro: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____

ID/ Póliza #: _____ Grupo#: _____

Dirección de Facturación del Seguro: _____

Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: ___ / ___ / ___ SS# _____

Información de Seguro Médico- Secundario (si aplicable)

Compañía de Seguro: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____

ID/ Póliza #: _____ Grupo#: _____

Dirección de Facturación del Seguro: _____

Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: ___ / ___ / ___ SS# _____

Compensación Laboral (si aplicable)

¿Está siendo visto hoy por una lesión RELACIONADA AL TRABAJO? (S/N) _____

¿Ha solicitado un reclamo de COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR? (S/N) _____

Si respondió S para una de las 2 preguntas anteriores, responda los siguientes:

¿Cuándo fue la fecha de la lesión?? (MM/DD/AAAA) _____

Empleador: _____

Número de Contacto: _____

Compañía de Seguro: _____

ID/ Póliza #: _____ Grupo #: _____

Dirección de Reclamos: _____

Ajustador / Administrador de Caso: _____

Ajustador / Administrador de Caso: _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** ____/____/____
(Padre o guardián/tutor si el paciente es menor de edad)

Assignment of Benefits/Notice of Privacy Practices/Appointment of Authorized Representative

El Dallas Orthopaedic and Shoulder Institute y los médicos asociados se comprometen a garantizar la privacidad de su información de salud.

Solicito que el pago de Medicare autorizado y otros beneficios de seguro se realicen en mi nombre a Dallas Orthopaedic and Shoulder Institute por cualquier servicio que me brinden los proveedores de atención médica asociados con ese grupo. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a la Administración de Financiamiento de Cuidado de la Salud y a sus agentes o compañía de seguros cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Designo a Dallas Orthopaedic and Shoulder Institute para que actúe como mi representante autorizado al solicitar una apelación de mi plan de seguro con respecto a la denegación de servicios o la denegación de pago.

A menos que solicite lo contrario por escrito, aceptaré recordatorios de citas en mi sistema de contestador telefónico listado y / o recordatorio de citas enviado por mensajes de texto y correos electrónicos, cualquiera que sea la política de esta práctica

Informed Consent

AL PACIENTE: Usted tiene el derecho, como paciente, de estar informado sobre su afección y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado que se utilizará para que pueda tomar la decisión de someterse o no al tratamiento después de conocer los riesgos y peligros involucrados.

PONDERACIÓN DE RIESGOS Y BENEFICIOS: del mismo modo que puede haber riesgos para continuar con mi condición actual sin tratamiento, también existen riesgos y beneficios relacionados con el desempeño de los procedimientos médicos, quirúrgicos y de diagnóstico. Yo (nosotros) entendemos que común a cualquier procedimiento es el potencial de incomodidad, como dolor, enrojecimiento y / o hinchazón. Otros riesgos potenciales también incluyen, entre otros, infecciones, coágulos de sangre y reacciones alérgicas

Yo (nosotros) solicitamos voluntariamente a DR JEFF ZHAO como mi médico, y los asociados, asistentes y otros proveedores de atención médica que consideren necesarios para tratar mi afección que se me explicarán durante el proceso de mi (nuestra) atención médica.

Yo (nosotros) entiendo que se recomendarán los procedimientos médicos, quirúrgicos y / o de diagnóstico según se considere necesario.

Yo (nosotros) entiendo los riesgos y los beneficios me serán explicados antes de que se realicen los procedimientos.

Yo (nosotros) entendemos que yo (nosotros) tenemos el derecho de rechazar cualquier servicio recomendado.

Patient Financial Responsibility

Para mantener nuestros honorarios al nivel más bajo posible, es importante que comprendamos bien a nuestros pacientes con respecto a la responsabilidad financiera. Esperamos que este resumen sea útil con ese fin. Le recomendamos que lo discuta con nosotros y que haga preguntas.

Entendemos que su cobertura de salud se brinda a través de

Si tiene beneficios fuera de la red, estaremos encantados de presentar los reclamos en su nombre.

Debe pagar los montos de copago y deducible aplicables al momento del servicio a menos que se hayan hecho otros arreglos con nuestra oficina, Dallas Orthopaedic and Shoulder Institute.

El resto de su factura se enviará a su plan de salud para el pago directo a nuestra oficina

Si su compañía de seguros no ha pagado nuestro reclamo dentro de los 45 días, esperamos que le paguemos.

Si, por error, su plan de salud le remite el pago, usted acepta enviarlo junto con todos los documentos que le enviemos en ese momento.

Usted seguirá siendo responsable de los montos y los servicios que no estén cubiertos por su plan de seguro.

Su plan de salud puede rechazar el pago de un reclamo por alguno de los siguientes motivos:

- 1) Esta es una enfermedad preexistente que no está cubierta por su plan
- 2) No ha cumplido con su deducible de año calendario completo
- 3) El tipo de servicio médico requerido no está cubierto por su plan
- 4) El plan de salud no estaba en vigencia en el momento del servicio
- 5) Usted tiene otro seguro que debe archivarse primero

Comprenda que la responsabilidad financiera por los servicios médicos descansa entre usted y su plan de salud. Si bien estamos complacidos de servirle al presentar su seguro médico por usted, no somos responsables de ninguna limitación en la cobertura que pueda estar excluida en su plan. Si su plan de salud niega este reclamo por alguna de estas u otras razones, nuestra oficina no puede ser responsable de esta factura. Es su responsabilidad como paciente pagar los importes denegados en su totalidad.

Como parte del servicio de conveniencia para usted, nuestra oficina proporciona DME (equipos médicos duraderos), como eslingas de brazo, refuerzos de hombro, etc. a quienes los necesitan. Nuestro personal especializado se adaptará adecuadamente a usted para el DME correcto. En casos de ajuste imperfecto, estaremos encantados de reacondicionarlo sin costo adicional siempre que nos notifique lo antes posible cuando comience a notar problemas. También puede devolver el artículo NO UTILIZADO en su paquete ORIGINAL dentro de los 7 días posteriores a la recepción para recibir un reembolso completo.

Nuestra misión principal es brindarle atención médica de calidad y rentable. Juntos estamos tratando de adaptarnos a la forma cambiante en que se financia y brinda la atención médica. Sin embargo, nos reservamos el derecho de rechazar el servicio si tiene un saldo de cuenta pendiente de pago que no haya sido acordado. De nuevo, lo valoramos como paciente y nuestra primera prioridad es brindarle la mejor atención posible. Con esta tarea de limpieza completa, nos complace atenderlo.

He completado este formulario con información precisa y he leído y entiendo mis obligaciones. Reconozco que soy totalmente responsable de proporcionar la información correcta del seguro, la información de facturación y el pago de cualquier servicio no cubierto o aprobado por mi compañía de seguros.

Un "no show" es alguien que pierde una cita sin cancelar 24 horas (1 día hábil) por adelantado. No se presenta inconveniente a aquellas personas que necesitan acceso a atención médica de manera oportuna.

La falta de presentación en el momento de una cita programada se registrará en el cuadro del paciente como "no show". Se puede facturar una tarifa administrativa de \$ 40 a la cuenta del paciente. Al paciente se le enviará una carta que le avisará que no se presentó y que no canceló dentro del período de 24 horas por adelantado. Se colocará una copia de la carta en el archivo del paciente. Tres "no-shows" pueden resultar en la suspensión temporal de los servicios. Para restablecer los servicios, es posible que se le solicite al paciente que pague todas las tarifas asociadas con la política de no presentación.

Nombre del paciente o persona responsable/tutor (Por favor imprima): _____

Firma: _____

Fecha: _____

¿Tiene las siguientes condiciones médicas?

Escalofríos/Fiebre recientes	Sí	No	Dolor abdominal	Sí	No
Hematomas recientes	Sí	No	Problemas de riñon	Sí	No
Reciente erupción de la piel	Sí	No	Infecciones en la orina	Sí	No
Artritis	Sí	No	Sangre en la orina	Sí	No
Alteraciones visuales	Sí	No	Trastorno del tejido conectivo	Sí	No
Dolor de cuello	Sí	No	Dolor de espalda	Sí	No
Asma	Sí	No	Dolor en las articulaciones	Sí	No
Bronquitis	Sí	No	Convulsiones	Sí	No
Enfisema	Sí	No	Carrera	Sí	No
Neumonía	Sí	No	Mareos	Sí	No
Falta de aliento	Sí	No	Incontinencia de heces	Sí	No
Tuberculosis	Sí	No	Síncope	Sí	No
Alta presión sanguínea	Sí	No	Debilidad en las extremidades	Sí	No
Dolor de pecho	Sí	No	Problemas Psiquiátricos	Sí	No
Ataque al corazón	Sí	No	Ansiedad	Sí	No
Problemas circulatorios	Sí	No	Depresión	Sí	No
Palpitaciones	Sí	No	Diabetes	Sí	No
Hinchazón de extremidades	Sí	No	Problemas Tiroideos	Sí	No
Problemas de vesícula biliar	Sí	No	Cáncer	Sí	No
Enfermedad de la úlcera péptica	Sí	No	Hepatitis	Sí	No
Sangre en las heces	Sí	No	Reumatismo	Sí	No
Heces negras persistentes	Sí	No	Disfunción sexual	Sí	No
Estreñimiento reciente	Sí	No	Sangrado inusual	Sí	No
Diarrea reciente	Sí	No	Coágulos de sangre	Sí	No

Otras condiciones médicas que no están en la lista: _____
