Restore Orthotics and Prosthetics
Formulario de Información del Paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:	Nombre:	Inicial de 2do nombre:	Nombre preferido:

Fecha de Nacimiento:	Género: (marque uno) Masculino ○ Femenino ○	NSS:	Dirección de correo electrónico:

Dirección Postal	Ciudad	Estado	Código Postal	Primer idioma:

Estado civil:	Teléfono de casa:	Está bien dejar un mensaje: Sí ○ No ○	Teléfono celular:	Está bien dejar un mensaje: Sí ○ No ○

¿Cómo se enteró de nosotros?

☐ Médico / Hospital ☐ Paciente ☐ Amigo / Familia ☐ Búsqueda en Internet

¿Cómo podemos contactar con usted?

Sms: Sí ○ No ○ Correo electrónico: Sí ○ No ○

INFORMACIÓN DEL FIADOR:

Nombre del Fiador:	Dirección:	Número de teléfono:	Está bien dejar un mensaje: Sí ○ No ○

Dirección de correo electrónico:	Fecha de Nacimiento:	Relación con el paciente:

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre:	Relación con el paciente:	Número de teléfono:	Está bien dejar un mensaje: Sí ○ No ○

ENUMERE OTRAS PERSONAS CON LAS QUE PODEMOS COMUNICARNOS CON RESPECTO A CITAS E INFORMACIÓN MÉDICA.

Nombre completo (Nombre, Apellido):	Relación con el paciente:	Teléfono:	Está bien dejar un mensaje:
			Sí ○ No ○
			Sí ○ No ○

INFORMACIÓN DEL SEGURO ***PROPORCIONE SU TARJETA DE SEGURO**

Por favor, marque la casilla ☐ Caso de compensación laboral: **S○ N○**

1. Nombre de la Empresa:	☐ Primario ☐ Secundario	ID #:

Nombre del suscriptor:	Relación con el paciente:	Teléfono:	Fec.Nac.:	NSS:

1. Nombre de la Empresa:	☐ Primario ☐ Secundario	ID #:

Nombre del suscriptor:	Relación con el paciente:	Teléfono:	Fec.Nac.:	NSS:

Restore Orthotics and Prosthetics
Formulario de Información del Paciente

INFORMACIÓN SOBRE FISIOTERAPIA

Sí ○ No ○ ¿Actual o recientemente ha trabajado con un fisioterapeuta y/o terapeuta ocupacional?

En caso afirmativo, responda a lo siguiente: **Fisioterapeuta** ○ **Terapeuta ocupacional** ○

Nombre del terapeuta:_____**¿Con qué frecuencia?**____

INFORMACIÓN ADICIONAL

Sí ○ No ○ ¿Ha recibido un dispositivo igual o similar en los últimos 5 años de Restore Orthotics and Prosthetics o de cualquier otro proveedor?

Sí ○ No ○ ¿Reside actualmente en un hogar de ancianos, de vida asistida o en un hogar grupal?

En caso afirmativo, Nombre de la instalación:_____

Número de teléfono: _____

Sí ○ No ○ ¿Ha recibido una silla de ruedas motorizada en los últimos 5 años?

Acuerdo y Política de Pago

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros para ayudarle a cubrir los gastos médicos. Debido a que los beneficios pueden variar *mucho, no es posible que Restore Orthotics y Prosthetics proporcione servicios sobre la base de que su compañía de seguros pagará todos los cargos.*

Restore Orthotics and Prosthetics no puede garantizar la cobertura. Los beneficios son determinados por su plan de seguro en el momento en que se procesa su reclamo. Todos los cálculos de beneficios son solo una estimación, basada en la información obtenida de su compañía de seguros. La Responsabilidad Total real del Paciente puede ser diferente de lo que se estimó previamente por Restore Orthotics and Prosthetics.

Para evitar cualquier malentendido sobre el seguro médico, queremos señalar que: (1) El pago de todos los servicios médicos prestados son responsabilidad del paciente; (2) Los deducibles, co-pagos, y/o otras cantidades de responsabilidad del paciente son debidos en el momento en que se prestan los servicios; (3) Para los deducibles, el co-seguro y los dispositivos a medida no cubiertos el **cincuenta por ciento (50 %)** del saldo se debe pagar en la cita de toma de impresiones, **debiendo pagar el saldo en el momento de la entrega**; (4) Restore Orthotics and Prosthetics facturará a su compañía de seguros como una cortesía para usted; Sin embargo, Restore Orthotics and Prosthetics no es responsable de la falta de pago de la compañía de seguros; (5) Si, debido a circunstancias imprevistas, los procedimientos adicionales y / o tratamientos son necesarios más allá de lo que ha sido previamente aprobado, los pacientes deben hacer arreglos para el pago; (6) Los pacientes deben mantener sus cuentas al día a la espera de su compañía de seguros para remitir el pago.

En consideración de los esfuerzos de Restore Orthotics y Prosthetics para suministrar a los pacientes productos y / o servicios al paciente, el paciente o el fiador acuerdan que cada uno de ellos es responsable del pago. Los pagos se pueden hacer por cheque, giro postal, Visa o MasterCard. Se cobrará una tarifa de $20.00 por cada cheque devuelto por cualquier motivo.

NO SE HACEN REEMBOLSOS de los siguientes artículos: ARTÍCULOS HECHOS A MEDIDA, SUMINISTROS PARA PRÓTESIS (FORROS, MANGAS, CALCETINES), ARTÍCULOS SIN STOCK, y ARTÍCULOS DE PEDIDO ESPECIAL. Todos los demás elementos se examinarán caso por caso.

Proceso de quejas de pacientes

Nos comprometemos a garantizar que esté completamente satisfecho con los servicios y la atención que recibe en Restore Orthotics and Prosthetics. Sin embargo, si por alguna razón desea presentar una queja, cualquier miembro del personal puede ayudarle en este asunto confidencial. Se le pedirá que rellene un "Formulario de Quejas del Paciente" para ayudarnos a entender completamente su queja o preocupación. Una vez recibido el formulario, un representante de la empresa investigará a fondo la queja y tomará las medidas necesarias para resolverla.

He leído y estoy de acuerdo con el acuerdo de pago y política. Asimismo, certifico que la información que he proporcionado es verdadera, exacta y completa a mi leal saber y entender.

_____ _____

Firma del Paciente/ Padre / Fiador Fecha

Nombre legible del Paciente/ Padre/ Fiador Relación con el paciente:

***Si el paciente tiene 18 años o más, el paciente debe firmar**

Cumplimiento de la HIPAA y formulario de consentimiento del paciente

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos utilizar o divulgar información médica protegida.

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Con su firma, usted confirma que ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Los términos del aviso pueden cambiar, si es así, se le notificará en su próxima consulta para actualizar su firma/fecha.

Usted tiene derecho a restringir la forma en que se utiliza y divulga su información médica protegida para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. La ley HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) permite el uso de la información para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención sanitaria.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que utilicemos y divulguemos su información sanitaria protegida y para que la utilicemos de forma potencialmente anónima en una publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no tendrá carácter retroactivo. Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información médica protegida puede ser divulgada o utilizada para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.
- El consultorio se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- El consultorio tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces cesarán todas las divulgaciones completas.
- El consultorio puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamarle por teléfono, enviarle un correo electrónico o un mensaje de texto para confirmar las citas? SÍ No

¿Podemos dejar un mensaje en el contestador automático de su casa o en su teléfono móvil? SÍ No

¿Podemos hablar de su condición médica con algún miembro de su familia? SÍ No

En caso afirmativo, indique los miembros de la familia autorizados: _____

_____ _____

Firma **Fecha**