



**PRIORITY CARE**

OFFICE USE ONLY

Information is complete

Initials \_\_\_\_\_

Mark Mansfield, MD  
Richard Maynard, DO

## Bienvenidos a Nuestra Oficina

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Gracias por elegir a nuestra oficina para proveer para su cuidado de la salud. Estamos comprometidos a proporcionar a usted ya su familia la mejor atención posible. Nuestro personal lo espera para darle la asistencia y hacer que su visita sea más placentera. La información en la parte delantera de este formulario está diseñado para que se familiarice con las políticas financieras. Dentro de esta forma le estamos pidiendo que nos proporcione la información necesaria para establecer una cuenta con nuestra oficina y manejar los aspectos del negocio de su cuidado. Toda la información que nos proporcionan es confidencial y le agradecemos que nos está dando la información completa y exacta.

Hemos diseñado nuestras tarifas para reflejar el cuidado y la calidad del servicio que debe esperar recibir. Si usted tiene seguro médico, queremos ayudarle a recibir sus beneficios máximos permitidos. Para lograr estas metas, necesitamos su ayuda y su comprensión de su plan de seguro y nuestra política de pago. Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de débito, Discover, American Express, Master Card y Visa.

- El pago es debido en el momento se prestan los servicios. Un cargo de \$5 se agregó a las cuentas de volver a depositar los cheques por falta de fondos suficientes. Si se trata de volver por segunda vez, un cargo de \$15 se agrega a la cuenta de fondos insuficientes. Los saldos de más de 30 días serán sujetos a cargos por financiamiento adicional de 1.5% mensual (18% TAE) o un mínimo de \$ 1.00.
- Es necesario que todos los co-pagos de oficina se paga en la fecha de la visita antes de la visita. Cualquier colaboración no paga pagados a su vencimiento se cobrará un cargo declaración de \$2.00. Si su compañía de seguros no tiene un compañero de oficina de pago, se requiere que el 20% de cada visita se pagará en el momento del servicio.
- Si usted no ha cumplido con su deducible, pedimos el pago en su totalidad en el momento del servicio, sin beneficio de seguro será pagado. Si su deducible y usted ha pagado su cuenta en su totalidad, se emitirá un cheque de reembolso una vez que se reciba el pago del seguro. Por favor, llame a su seguro antes de su cita para ver que su deducible es y si se ha cumplido. Esto le ayudará cuando estás mirando y acelerar las cosas.
- ¿Su seguro cubre los exámenes físicos de bienestar? Si no está seguro de por favor llame a ellos. Si usted está aquí para un examen de salud por favor notifique al médico por lo que será facturado de forma correcta. No podemos reafirmación exámenes de oficina que han sido negadas por la compañía de seguros.
- Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. Nosotros no somos parte en ese contrato. Usted es responsable de pago, independientemente de la determinación arbitraria cualquier compañía de seguros de las tasas de uso y costumbre. No vamos a participar en las disputas entre usted y su compañía de seguros con respecto a los deducibles, co-pagos, gastos cubiertos, etc.
- Si usted está siendo visto por indemnización por accidentado del trabajo o un accidente, por favor asegúrese de informarnos de los detalles de su accidente, así como el nombre, dirección y número de reclamo necesario para proyecto de ley para la visita. No vamos a participar en una disputa de pago. Si no se paga en 60 días, será responsabilidad del paciente.
- Divorcio decretos: Esta oficina no es parte de su decreto de divorcio. Los pacientes adultos son responsables de su factura en el momento del servicio. La responsabilidad financiera de los menores recae en el adulto que los acompaña.
- pacientes menores: El adulto que acompaña a un menor es responsable del pago en el momento del tratamiento. Los menores no acompañados se les niega el tratamiento a menos que no sea de emergencia pre-autorizado por un padre o tutor. El pago se espera aún en el momento de servicio.

**Esperamos su visita y favor no dude el llamarnos si tiene cualquier problema o pregunta sobre la información o con nuestra oficina. He leído, entiendo y estoy de acuerdo con las directrices de esta Política Financiera:**

Firmado y reconocido: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Por favor escriba su nombre de la firma:

\_\_\_\_\_

## Formulario de Registro de Adultos

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial): \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Dirección postal, ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Celular #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social #: \_\_\_\_\_

**(Por favor, marque uno) médico:** Mansfield Maynard **Estado:** 1- Casado 2- Soltero 4- Otros 6- Separado 7- Divorciado 5- Viudo

Persona Responsable Primaria: \_\_\_\_\_

dirección postal, ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Paciente Relación con la persona responsable: (0) Mismo (1) Esposa (2) Niños (3) Otros

Empleador de la persona responsable (dirección y teléfono #): \_\_\_\_\_

(1)- empleadas a tiempo completo (2)- empleadas a tiempo parcial (3)- jubilados (4)- que no trabajan (5)- estudiante de tiempo completo  
(6)- estudiante a tiempo parcial

Contacto de emergencia: (Nombre, dirección y teléfono#): \_\_\_\_\_

### Acuerdo sobre la cuenta (por favor lea y firme este acuerdo.)

Al firmar a continuación, indico que la información proporcionada es correcta a lo mejor de mi conocimiento y sin la cobertura del seguro soy responsable de Especialistas de Atención Primaria para el pago de los servicios prestados en esta cuenta. También estoy de acuerdo que será responsable de cualquier financiación o cargos por demora y por los costes de recogida, si esta cuenta no se paga según lo convenido. Además, entiendo que la información de la cuenta, la cobertura de seguros, nuevos productos, los pacientes y modalidades financieras que se indican son efectivos hasta el momento en que una forma nueva cuenta o notificación se proporciona al personal de la oficina. *Yo doy mi consentimiento para la atención médica prestada por especialistas de Atención Primaria.*

Firma de la persona responsable primaria \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Información del seguro (Copia de la tarjeta necesita)

1) Primaria de Seguros: \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Grupo#: \_\_\_\_\_

2) Secundaria de Seguros: \_\_\_\_\_ Empleado \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Grupo#: \_\_\_\_\_

### Asignación de Beneficios

Por la presente, instruir y dirigir mi compañía de seguros para pagar por cheque y enviarlo por correo a: Primaria Atención Especializada, 500 S. 11th Avenue, Pocatello, Idaho 83201 por los beneficios profesionales o gastos médicos permitidos y otro modo pagadero a mí bajo mi póliza de seguro actual como forma de pago hacia el total de los cargos por los servicios profesionales prestados. **ESTA ES UNA ASIGNACIÓN DIRECTA DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS DE ESTA POLÍTICA.** Entiendo que soy financieramente responsable de los servicios no cubiertos. También autorizo a especialistas de Atención Primaria para liberar toda la información necesaria para procesar las reclamaciones.

Registered by \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado (En Primer lugar Seguros)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Info Complete \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado (En segundo lugar Seguros)

\_\_\_\_\_  
Fecha



**PRIORITY CARE**

**AVISO DEL PACIENTE**  
**INFORMACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**  
**EN PRIMARIA ESPECIALISTAS EN EL CUIDADO**  
(De conformidad con la Ley de Portabilidad de Seguros, Ley Pública 104-191)

En Primaria Atención Especializada, siempre hemos creído nuestros pacientes tienen derecho a buscar tratamiento en un entorno en el que son tratados por un equipo de profesionales, con dignidad, y que su privacidad sea respetada y protegida. Somos responsables de mantener un entorno clínico y la historia han practicado las políticas y procedimientos estrictos para asegurar que lo hacemos.

En vigor en abril de 2003, profesionales de la salud y las instalaciones en los Estados Unidos están obligados por las normas previstas en la Ley de Portabilidad de Seguro Médico (HIPAA) para notificar a sus pacientes de las políticas y prácticas que se siguen en la protección de la salud de los pacientes privados información en que se utiliza en el tratamiento, obtener el pago (incluyendo la presentación de reclamaciones de seguros por vía electrónica), y otras operaciones de cuidado de la salud dentro de las instalaciones del practicante.

La Oficina del Secretario de Salud y Servicios Humanos reconoce en los documentos publicados en su página web en diciembre de 2002 que "Los proveedores de salud tienen una fuerte tradición de protección de información de salud privada." Sin embargo, en el mundo de hoy de una mayor informatización y transmisión electrónica de información, las regulaciones federales se han desarrollado con el mandato de las normas para la protección de los pacientes la información de salud privado, ya que se utiliza en las operaciones internas de los establecimientos de salud de atención y gobernar su transmisión o divulgación de las entidades fuera de los practicantes propias instalaciones.

Las siguientes secciones de este documento describen Especialistas en Atención Primaria 'prácticas para salvaguardar su información médica privada. Al final de estas secciones, encontrará un **Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad**. Por favor firme y devuelva este reconocimiento a uno de los miembros de nuestro personal para que podamos cumplir con la nueva regulación federal y demostrar que hemos notificado a nuestros pacientes de nuestras prácticas de privacidad y los derechos del paciente en materia de acceso a su información de salud privada.

Sección I: LOS USOS DE RUTINA Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Especialistas en Atención Primaria se reúne documentos y organiza la información acerca de usted en datos que figuran en nuestros registros de los pacientes y nuestro sistema de contabilidad de los pacientes con el único fin de proporcionarle un tratamiento médico adecuado y de servicio y para obtener el pago por esos servicios. Prestación de tratamiento a veces requiere que compartir información con otros médicos (o sus empleados) que están involucrados en su tratamiento y en caso de emergencias tales como paramédicos y médicos del hospital de urgencias y el personal.

Sección II: OTROS USOS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Otras operaciones de cuidado de la salud que realizamos en el que podemos usar o divulgar su información personal o la salud incluyen **recordatorios de citas con el paciente, o notificación de resultados clínicos, instrucciones del plan de tratamiento por teléfono y en participación con el Plan de innovación sanitaria en todo el estado (SHIP) y el Idaho Health Data Exchange (IHDE, Intercambio de Datos de Salud de Idaho)**. **Si decide que no desea que la información de salud esté a disposición a través del IHDE, visite el sitio "<http://www.idahohde.org/opt-out-or-opt-back-in/>" o solicitar a una recepcionista una copia del formulario.**

También puede haber situaciones en las que estamos obligados a divulgar información por la ley federal o estatal. Sin embargo, en estas situaciones tenemos cuidado para proteger la relación de confianza que debe existir entre un profesional de la salud y sus pacientes. Daremos a conocer sólo lo que es requerido por la ley y son diligentes para estar seguros de que estamos, de hecho, la obligación de divulgar la información antes de que lo hará.

Sección III: USO Y DIVULGACIÓN DE CONFORMIDAD CON AUTORIZACIÓN ESCRITA

Excepto para los fines antes descritos en las secciones I y II, no vamos a usar o divulgar su información de salud para ningún otro propósito a menos que tengamos su autorización por escrito. Usted tiene el derecho de revocar dicha autorización en cualquier momento. Por ejemplo: Si usted da su permiso por escrito para proporcionar registros médicos relacionados con un accidente de auto a un abogado, usted tiene el derecho de revocar dicha autorización por lo que no hay registros tratamiento posterior después de esa fecha se dará por nosotros para el abogado de su interés.

**Sección IV: SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud:

- A. Usted puede solicitar (por escrito) una copia de la información de salud que mantener y utilizar en la toma de decisiones sobre su cuidado. (Tenemos el derecho de rechazar su solicitud en algunas circunstancias muy limitadas, usted tiene derecho a recurrir la denegación).
- B. Usted tiene derecho a solicitar que se cambie (o corregir) la información documentada o creado por nosotros y mantiene en su carta. Tenemos una responsabilidad y un derecho a mantener nuestras historias clínicas con información precisa y adecuada de apoyo a un buen tratamiento médico de nuestros pacientes. Cualquier decisión que tomemos con respecto a su solicitud de modificación de la información se basará en un examen cuidadoso de los mismos.
- C. Usted tiene derecho a una contabilidad de las revelaciones que hemos hecho (no incluidos los que participan en la comunicación de rutina con otros profesionales implicados en su cuidado o al personal de emergencia en situaciones de emergencia).
- D. Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información que divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Por ejemplo, usted puede pedir que no revelemos o enviar información a su compañía de seguros acerca de un tratamiento especial que recibió. (Esta solicitud debe hacerse por escrito y se hará antes de la recepción que el tratamiento).
- E. Usted tiene el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales sobre su atención médica. Por ejemplo, usted puede pedir que sólo tratamos de contactar con usted en su casa y nunca en el trabajo.
- F. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Además, estamos dispuestos a compartir con ustedes más información que pueda solicitar y que tenemos respecto a las políticas de privacidad del paciente.

**Sección V: PREGUNTAS O QUEJAS**

Si usted tiene alguna pregunta relacionada con este aviso o si desea recibir información adicional acerca de nuestras prácticas de privacidad, por favor ponte en contacto con un miembro de nuestro personal de gestión clínica al (208) 234-2300. Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados de cualquier manera y quiere hablar con alguien fuera de la clínica, puede comunicarse con la Oficina del Secretario de Salud y Servicios Humanos.

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco y acepta que he recibido una copia del Aviso de Atención Primaria de Especialistas de Prácticas de Privacidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

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

\_\_\_\_\_  
Paciente Representante Legal (si procede)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

**SOLO PARA USO DE LA CLÍNICA:**

Especialistas en Atención Primaria realizado los siguientes esfuerzos de buena fe para obtener confirmación por escrito de la persona anteriormente mencionada de la recepción de la Notificación de prácticas de privacidad: