



REGISTRO DEL PACIENTE

Información Demográfica del Paciente

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:	SSN:
Ciudad, Estado, Código Postal:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
Teléfono de Casa:	Teléfono Móvil:
	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)
Correo Electrónico:	Preferencia: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico

Información del Empleador

Empleador:	Teléfono de Trabajo:
------------	----------------------

Información del Garante

Nombre del Garante (si es diferente del paciente):	
Dirección:	SSN:
Ciudad, Estado, Código:	Relación:

Información de Contacto de Emergencia

Nombre:	Relación:	Teléfono:
Nombre:	Relación:	Teléfono:
Nombre:	Relación:	Teléfono:

Médico de Atención Primaria y Médico Remitente

Médico de Atención Primaria:	Teléfono:
Médico Remitente:	Teléfono:

Información de Farmacia

Pharmacy Name:	Teléfono:
Dirección:	Fax:
Ciudad, Estado, Código Postal:	ID de Correo (si aplica):

Información Requerida por Ley de Texas y Regulaciones Federales

Iniciales si decide no proporcionar esta información:

Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> No Hispanic/Latino	Iniciales si rehúsa proporcionar:
Raza: <input type="checkbox"/> Indígena Americano/Eskimo <input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro/Multi-Racial	



CESIÓN DE BENEFICIOS

Responsabilidad Financiera

Paciente de Pago Directo (Self-Pay) (Iniciales para verificar que no utilizará seguro):	Iniciales:
Seguro Primario:	ID:
Asegurado (si es diferente del paciente):	Número de Grupo:
Dirección:	Teléfono:
Seguro Secundario:	ID:
Asegurado (si es diferente del paciente):	Número de Grupo:
Dirección:	Teléfono:

Entiendo que los servicios prestados por Lone Star Cardiovascular Institute son mi responsabilidad financiera y que el proveedor facturará a mi compañía de seguros como cortesía. Autorizo a mi compañía de seguros a pagar los beneficios directamente a Lone Star Cardiovascular Institute y entiendo que soy totalmente responsable de cualquier saldo pendiente en mi cuenta. **ESTA ES UNA CESIÓN DIRECTA DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS BAJO MI PÓLIZA.**

Puedo estar obligado(a) a pagar mi deducible estimado y coaseguro al momento del servicio. Autorizo al proveedor a divulgar la información necesaria para tramitar el reclamo. Autorizo el pago de todos los beneficios médicos y quirúrgicos a los que tenga derecho a Lone Star Cardiovascular Institute.

Si recibo algún pago directamente de mi aseguradora, lo remitiré inmediatamente a Lone Star Cardiovascular Institute. Si no lo hago y la cuenta pasa a cobranza, seré responsable de los costos incurridos.

La información anterior es verdadera según mi leal saber y entender. Esta cesión permanecerá vigente hasta que sea revocada por escrito. Una copia de este documento tiene la misma validez que el original.

Fecha: _____

Paciente: _____

Firma del paciente o responsable

Nombre en letra de molde (Relación si no es el paciente)



**AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERENCIA DE CUIDADO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA
PROTEGIDA**

Las entidades cubiertas, según se definen en la HIPAA y en el Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.001, deben obtener una autorización firmada del individuo o de su representante legalmente autorizado para divulgar electrónicamente la información de salud protegida de dicho individuo. No se requiere autorización para divulgaciones relacionadas con el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica, la realización de ciertas funciones de seguros, o según lo permita la ley. Las entidades cubiertas pueden utilizar este formulario u otro que cumpla con la HIPAA, la Ley de Privacidad Médica de Texas y otras leyes aplicables. No se puede negar tratamiento a una persona por no firmar este formulario de autorización, y la negativa a firmarlo no afectará el pago, la inscripción ni la elegibilidad para recibir beneficios.

De acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996, la siguiente información debe completarse anualmente para cada paciente. Entiendo que puedo retirar mi autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito en la que exprese mi intención de revocar esta autorización a la persona u organización indicada a continuación.

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:
Dirección Completa:	Teléfono:

**Autorizo a _____ a divulgar mi información médica protegida para
continuidad de atención bajo la supervisión de:**

Nombre de Persona/Organización:	
Dirección:	Teléfono:
Ciudad, Estado, Código Postal:	Fax #:

Nombre de Persona/Organización:	
Dirección:	Dirección:
Ciudad, Estado, Código Postal:	Ciudad, Estado, Código Postal:

Información Autorizada para Divulgar:

<input type="checkbox"/> Toda la información médica	<input type="checkbox"/> Historia / Examen físico	<input type="checkbox"/> Medicamentos pasados/presents	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Órdenes médicas	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Reportes quirúrgicos	<input type="checkbox"/> Patología
<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Reportes diagnósticos	<input type="checkbox"/> Reportes de EKG/Cardiología	
<input type="checkbox"/> Información de facturación	<input type="checkbox"/> Radiología e imágenes	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Otro _____

Iniciales requeridas para divulgar:

_____ Registros de Salud Mental	_____ Resultados/Tratamiento VIH/SIDA
_____ Información Genética	_____ Registros de Alcohol/Drogas

Fecha: _____

Paciente: _____

Firma del paciente o responsable

Nombre en letra de molde (Relación si no es el paciente)



POLÍTICAS DEL CONSULTORIO Y CONSENTIMIENTO

En Lone Star Cardiovascular Institute, nuestro objetivo es brindarle el conocimiento y las herramientas necesarias para mantener un corazón fuerte, saludable y controlado de por vida. Utilizamos ecocardiografía transtorácica de última generación, estudios de imagen vascular y medicina nuclear para evaluar con precisión el funcionamiento del corazón, así como la gestión para el monitoreo continuo, la programación y el mantenimiento de dispositivos cardíacos implantados, garantizando un funcionamiento óptimo y atendiendo las necesidades cardíacas únicas de cada paciente.

Programación de su Cita

Para programar su cita, o si necesita cancelarla, por favor llame al (682) 428-7711. Escuche cuidadosamente las opciones disponibles.

Su cita puede incluir una o más pruebas diagnósticas utilizadas para determinar cómo está funcionando su corazón. Debido a la evaluación integral que se realizará y a la posible necesidad de estudios diagnósticos, se recomienda usar ropa y calzado cómodos. Además, para ayudar a nuestro equipo a desarrollar el mejor plan de tratamiento para usted, es necesario que traiga todos los medicamentos que esté tomando en cada visita.

Su Cita

El día de su cita, por favor:

- Esté preparado para pagar su copago y cualquier saldo pendiente en su cuenta
- Tenga su identificación y tarjeta de seguro disponibles para ser copiadas en su expediente
- Traiga todos los medicamentos que esté tomando actualmente
- Use ropa cómoda y zapatos adecuados para caminar
- Traiga estudios o informes realizados por su médico remitente
- Si desea un acompañante durante su visita, notifíquelo a nuestro equipo de recepción

Puntualidad de las Citas

Tratamos de atender a todos los pacientes de manera oportuna; sin embargo, si la espera es prolongada, por favor informe a nuestra recepcionista para poder atender mejor sus necesidades o reprogramar su cita si es necesario.

En ocasiones, el Dr. James puede ser requerido para atender una emergencia no programada fuera del consultorio debido a su nivel de experiencia y habilidad. Si esto ocurre durante su cita, haremos todo lo posible para atender sus necesidades. Dependiendo de la naturaleza de la emergencia, se le puede pedir que espere su regreso. De lo contrario, se le podrá solicitar reprogramar su cita para otro día o ser atendido por su enfermera practicante, Jennifer Becerra.

Política de Pagos

Por favor, comprenda que el pago de los servicios es una parte importante de la relación entre el proveedor y el paciente. Si no cuenta con seguro, comprobante de seguro o participa en un plan que no acepte la cesión de beneficios, el pago deberá realizarse en el momento del servicio, a menos que se haya aprobado previamente un acuerdo de pago. **Se aplicarán cargos por no presentarse a la cita para los siguientes tipos de servicios: Consulta = \$25.00 | Estudio Diagnóstico = \$50.00 | Estudio Nuclear = \$200.00.**

Es su responsabilidad proporcionar toda la información necesaria sobre elegibilidad del seguro, identificación, autorizaciones y referencias, así como notificar a nuestra oficina sobre cualquier cambio en dicha información. Una autorización previa no garantiza el pago por parte de su aseguradora. Es responsabilidad del paciente conocer si nuestro consultorio participa o no en su plan de seguro. El no proporcionar toda la información requerida puede resultar en la responsabilidad del paciente por el pago total de los servicios. Cuando hay seguro involucrado, estamos obligados contractualmente a cobrar copagos, coaseguros y deducibles, según lo establecido por su aseguradora. Actualmente no ofrecemos planes de pago; sin embargo, trabajamos individualmente con nuestros pacientes en caso de dificultades financieras.

Fecha: _____

Paciente: _____
Firma del paciente o responsable

Nombre en letra de molde (Relación si no es el paciente)



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Nuestro compromiso en Lone Star Cardiovascular Institute es brindar a nuestros pacientes un servicio profesional y de calidad, asegurando en todo momento la privacidad y seguridad de toda la Información de Salud Protegida (PHI). En el proceso de brindarle atención, puede ser necesario compartir información con otros proveedores de atención médica o asociados comerciales. A continuación, se presentan ejemplos de situaciones en las que la información puede ser compartida:

- Durante el tratamiento, puede ser necesario obtener análisis de laboratorio.
- Durante las operaciones de atención médica, puede ser necesario obtener una segunda opinión.
- Para fines de pago, puede ser necesario compartir expedientes médicos, notas de progreso, informes quirúrgicos, entre otros.
- Para fines de cobranza, podemos utilizar los servicios de una agencia de cobranza externa.

Lone Star Cardiovascular Institute y su personal están comprometidos a cumplir con todas las leyes y regulaciones federales, estatales y locales relacionadas con las prácticas de privacidad. Si se requieren otros usos o divulgaciones distintos a los mencionados anteriormente, la información solo será divulgada con la autorización escrita del paciente. El paciente, conforme a la ley, puede revocar dicha autorización en cualquier momento.

Entiendo que, como parte de la prestación de servicios de atención médica, Lone Star Cardiovascular Institute crea y mantiene expedientes médicos y otra información que describe, entre otras cosas, mi historial de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan futuro de atención o tratamiento.

Entiendo que tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento (puede solicitar una copia a la recepción si desea revisarlo). Entiendo que la organización se reserva el derecho de modificar este aviso y sus prácticas, y que antes de implementar cualquier cambio, se me enviará una copia del aviso revisado a la dirección que he proporcionado. Entiendo que tengo el derecho de oponerme al uso de mi información médica para fines de directorio. Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información médica para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica (incluyendo evaluación de calidad, mejora de servicios, suscripción, clasificación de primas, revisión médica, servicios legales, auditorías, entre otros), y que la organización no está obligada a aceptar dichas restricciones.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información de salud protegida con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito, excepto en los casos en que ya se haya realizado una divulgación basada en mi consentimiento previo. Este consentimiento se otorga libremente con el entendimiento de que:

1. Todos los registros, ya sean escritos, orales o en formato electrónico, son confidenciales y no pueden ser divulgados por razones distintas al tratamiento, pago u operaciones de atención médica sin mi autorización previa por escrito, salvo que la ley disponga lo contrario.
2. Una copia fotostática o por fax de este consentimiento tiene la misma validez que el original.
3. Tengo el derecho de solicitar que se restrinja el uso o la divulgación de mi Información de Salud Protegida utilizada para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También entiendo que tanto la práctica como yo debemos acordar por escrito cualquier restricción solicitada, y que podemos acordar por escrito la terminación de cualquier restricción previamente establecida.
4. He leído y entiendo el Aviso de Prácticas de Privacidad anterior.

Fecha: _____

Paciente: _____
Firma del paciente o responsable

Nombre en letra de molde (Relación si no es el paciente)



ACUERDO FINANCIERO

Lone Star Cardiovascular Institute considera que su comprensión de la responsabilidad financiera del paciente es fundamental para la relación entre el proveedor y el paciente. Nuestro objetivo no solo es informarle sobre los aspectos de esta política financiera, sino también mantener una comunicación abierta al respecto. Creemos que este nivel de comunicación y cooperación nos permitirá continuar brindando un servicio de alta calidad a nuestros valiosos pacientes.

El pago de los servicios es una parte importante de la relación entre el proveedor y el paciente. Si usted no cuenta con seguro, comprobante de seguro o participa en un plan que no acepte la cesión de beneficios, el pago de los servicios deberá realizarse en el momento de la atención, a menos que se haya aprobado previamente un acuerdo de pago por parte de nuestro personal. Requerimos el pago de copagos, coaseguros estimados, deducibles y saldos vencidos al momento del servicio. Para su conveniencia, aceptamos efectivo, giros postales, MasterCard, Visa y cheques locales. Además, usted puede autorizarnos a mantener su tarjeta de crédito registrada para su comodidad, con la seguridad de que cumplimos con los más altos estándares de protección de la información.

Seguro

Por favor recuerde que su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Como cortesía, facturaremos a su aseguradora y le ayudaremos a obtener el máximo beneficio permitido bajo su póliza. Hemos observado que los pacientes que participan activamente en el proceso de sus reclamaciones tienen mayor éxito en recibir pagos oportunos y precisos por parte de su aseguradora. Esperamos que los pacientes sean proactivos y responsables en la comunicación con su compañía de seguros respecto a cualquier reclamación pendiente. Es su responsabilidad proporcionar toda la información necesaria sobre elegibilidad del seguro, identificación, autorizaciones y referencias, así como notificar a nuestra oficina sobre cualquier cambio en dicha información. Se copiarán su identificación con foto y tarjetas de seguro en su expediente. Incluso contar con una autorización de servicios no garantiza el pago por parte de su aseguradora. Es responsabilidad del paciente saber si nuestro consultorio participa o no en su plan de seguro. El no proporcionar toda la información requerida puede resultar en la responsabilidad del paciente por el pago total de los cargos. Cuando hay seguro involucrado, estamos obligados contractualmente a cobrar copagos, coaseguros y deducibles, según lo establecido por su aseguradora.

Pago Directo (Self-Pay)

Los pacientes que no cuentan con seguro o que deciden no utilizar sus beneficios médicos deberán pagar el total de los servicios al momento de la atención. No se aceptarán pagos parciales, a menos que se haya aprobado previamente un acuerdo con nuestra oficina.

Citas Perdidas y Cargos Adicionales

Requerimos aviso de cancelación con al menos 24 horas de anticipación. Esto nos permite ofrecer la cita a otro paciente. Si no asiste a su cita sin notificar previamente, se aplicará un cargo por inasistencia. Las tarifas se determinan según los servicios que se hubieran realizado. Se aplicará un cargo de \$35.00 por cheques devueltos. Además, los proveedores tienen derecho a cobrar por la preparación de expedientes médicos cuando estos no se transfieren a otros proveedores; nuestras tarifas corresponden a un costo razonable que incluye copias, materiales, mano de obra y envío de los archivos y/o resúmenes.

Consulta = \$25.00 | Estudio Diagnóstico = \$50.00 | Estudio Nuclear = \$200.00 | Cargo diario por monitor no devuelto = \$25.00

Fecha: _____

Paciente: _____

Firma del paciente o responsable

Nombre en letra de molde (Relación si no es el paciente)