

ERIK J FURMAN, M.D. PA
1910 West Henderson St. Suite 100
Cleburne, TX 76033
817-556-2559

FORMULARIO DE INSCRIPCION

(Por favor imprima)

INFORMACION DEL PACIENTE:

Apellido: _____ Nombre: _____ 2d Nombre: _____

Dirección: _____

TELÉFONO: Casa (CALLE) _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO _____
Móvil () _____

Fecha de nacimiento: _____ Hombre _____ Mujer _____ Soltera/o _____ Casada/o _____ Viuda/o _____ (Divorciada/o) _____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ No. Licencia de conducir: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Apellido: _____ Nombre: _____ Parentesco: _____

Nº Telefónico: _____

INFORMACION DE TRABAJO:

Lugar de Trabajo: _____ Ocupación: _____

Dirección de Trabajo: _____ Nº telefónico de su empleo: () _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO:

¿El paciente se encuentra asegurado? Sí _____ No _____ (En caso sea afirmativo, por favor proporcione su tarjeta de seguro médico a la recepcionista)

Persona Responsable por esta Cuenta: _____

APELLIDO _____ NOMBRE _____ 2D NOMBRE _____

Nombre de Seguro Médico Primario: _____

Grupo Nº _____ Nº ID _____

Nombre del asegurado: _____

Nº Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con la persona suscrita: Yo mismo _____ Pareja _____ Hijos _____ Otros _____

Nombre de Seguro Médico Secundario (si aplicable): _____ Grupo Nº: _____ ID Nº _____

Grupo Nº _____ Nº ID _____

Nombre del asegurado: _____

Nº Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con la persona suscrita: Yo mismo _____ Pareja _____ Hijos _____ Otros _____

AUTORIZACION

Por lo tanto, autorizo a Erik J. Furman, MD para examinar, tratar (incluso inyecciones), y/o hospitalizarme a mí ó a mi menor hijo(a) (tal como se menciona anteriormente) y para proporcionar información a las compañías de seguros y/o a otros médicos encargados del tratamiento de mis enfermedades o de las de mi menor hijos (incluso hepatitis y VIH). Por lo tanto, autorizo todos los pagos por los servicios médicos suministrados tanto a mí como a mi hijo(a) a Erik J. Furman, MD. Entiendo que la cobertura de mi seguro médico no se puede verificar en este momento. Si se determina que no soy elegible por la cobertura, entiendo que seré responsable por cualquier monto no cubierto por el seguro médico por todos los servicios prestados.

FIRMA DEL PACIENTE/APODERADO

FECHA DE HOY

ERIK J FURMAN, M.D. PA
1910 West Henderson St. Suite 100
Cleburne, TX 76033
817-556-2559

REGISTRO DE DIVULGACIÓN DEL PACIENTE

En general, la regla de privacidad de HIPAA le da al paciente el derecho de solicitar los usos y la divulgación de su información de salud protegida (PHI). Al paciente también se le proveerá el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales o que la comunicación de PHI se haga por medios alternativos, tales como el envío de correspondencia a la oficina del individuo en vez de la residencia de este. **Nuestra oficina nunca discutirá su información médica con un miembro de la familia a menos que usted nos de la autorización.**

Deseo ser contactado de la siguiente manera:

Por teléfono de la casa: _____ o teléfono celular: _____

Si responde un contestador de voz, ¿Podemos dejar un mensaje? (circule) Sí No

Deje mensaje detallado (circule) Si No

Deje solamente el número de la clínica (circule) Si No

Por favor, indique el miembro de la familia (s) autorizada para hablar sobre su atención médica proporcionando el nombre (s) y fecha de nacimiento:

Nombre, Apellido y Fecha de Nacimiento	Parentesco/Teléfono
Nombre, Apellido y Fecha de Nacimiento	Parentesco/Teléfono
Nombre, Apellido y Fecha de Nacimiento	Parentesco/Teléfono

Por lo tanto, yo, _____, autorizo al Dr. Erik J. Furman ó cualquier miembro de su personal de oficina que él designe, para discutir mi condición médica o plan de tratamiento con la persona(s) mencionadas anteriormente.

Esta afirmación es válida a menos que yo la revoque por escrito.

FIRMA DEL PACIENTE/APODERADO

FECHA DE HOY

ERIK J FURMAN, M.D. PA
1910 West Henderson St. Suite 100
Cleburne, TX 76033
817-556-2559

NORMAS DE OFICINA

1. EMERGENCIAS

En el caso de una emergencia médica, llame al 911. Si necesita ponerse en contacto con el médico de guardia, por favor llame a nuestra oficina al 817-556-2559 y la contestadora le brindará el número de teléfono del médico de guardia. Por favor, no llame al médico de guardia solicitando la re-prescripción de la receta médica ya que éstos deben ser efectuados durante las horas normales de trabajo.

2. RE PRESCRIPCION (refill) DE MEDICAMENTOS

Llame a su farmacia directamente para solicitar la re-prescripción de su medicamento. Ellos notificarán al médico de su pedido. Se re prescribirá su medicamento ese mismo día si el pedido de su medicamento se recibió antes de las 3:30 pm. Los pedidos de medicamentos recibidos después de las 3:30 p.m. ya se re prescribirá el siguiente día laboral.

3. RESULTADOS DE PRUEBA

Todos los resultados de las pruebas se le informarán los miércoles y viernes por la tarde. Los resultados urgentes serán informados en el momento en que los recibamos. Si no ha recibido una llamada en un plazo de 5 a 10 días, comuníquese con nosotros. **Por favor, no llame a la oficina varias veces al día por el mismo problema**

4. PAGO

Todos los pagos son cancelados el momento de la atención. Nuestra oficina acepta los pagos en forma de dinero en efectivo, cheques personales, tarjetas de débito y de crédito. No se aceptan cheques de pago diferido.

5. SEGURO MEDICO

El tema de la cobertura del seguro médico es una relación personal entre el paciente y la compañía de seguros. Tras la verificación de la cobertura, el paciente es responsable de todos los pagos adicionales y las porciones designadas por la compañía de seguros. Los pagos adicionales deben ser cancelados antes de ver al médico. El paciente es responsable por el pago total de la visita si es que tiene seguro médico no aceptado por esta oficina. Nuestra oficina le proporcionará un formulario de reclamo para que pueda presentar a su seguro. La compañía de seguros le reembolsará una parte de los honorarios según el monto de cobertura que se compró. **Los pacientes deben traer la tarjeta de seguro médico a todas las citas.**

6. MEDICARE/MEDICAID

Se acepta MEDICARE para pacientes mayores de 65 años. Se acepta MEDICAID para pacientes menores de 18 años. Nuestra oficina presentará todos los reclamos directamente a MEDICARE y aceptará la asignación de estos reclamos. Si el paciente tiene un seguro complementario, también se hará el reclamo. Sin embargo, si no tiene seguro médico suplementario, el paciente debe pagar el 20% que MEDICARE ha aprobado que es la responsabilidad del paciente al momento de servicio. Los pacientes deberán presentar una copia actualizada de su tarjeta de MEDICAID a cada cita.

7. CITAS

El paciente es responsable de programar y mantener la cita. Nuestra oficina hará todo lo posible para brindarle una cita que sea conveniente para usted. Haremos todo lo posible para que usted sea atendido de una manera oportuna. Si no puede asistir a una cita, le pedimos que llame con la mayor anticipación posible para reprogramarla. Rutinariamente, no asistir a las citas o llegar tarde afecta el horario de nuestro personal y la capacidad de atender a nuestros pacientes. No atenderemos a nadie que llegue más de 15 minutos tarde a su cita. Recuerde que nuestro objetivo es servir a nuestros pacientes de manera eficiente.

8. TERMINACION

En algunas ocasiones es necesario terminar la relación médico/paciente. La razón por la cual sería: AUSENCIAS continuas a las citas, incumplimiento de la atención médica, comportamiento violento del paciente y falta de pago de la factura.

9. OTRO

Nosotros **NO** proveemos tratamiento de dolor crónico en esta clínica.

Reconozco que he leído y entiendo las normas de la oficina como se describe en el formulario. Se me a proporcionado una copia firmada.

FIRMA DEL PACIENTE/APODERADO

FECHA DE HOY

HIPAA AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ERIK J FURMAN, M.D. PA
1910 West Henderson St. Suite 100
Cleburne, TX 76033
817-556-2559

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA. ADEMÁS DE COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica (TPO) y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos a acceder y controlar su información de salud protegida. "Información médica protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica que puede identificarlo y que se relaciona con su salud física o mental pasada, presente o futura o condición y los servicios relacionados con la salud.

1. USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Su PHI puede ser usada y revelada por su médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que estén involucrados en su cuidado y tratamiento con el propósito de proveer servicios de salud a usted, para pagar sus cuentas del cuidado de la salud, para apoyar la operación de la práctica del médico, y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Usaremos y divulgaremos su PHI para proporcionar, coordinar o administrar su cuidado de salud. Esto incluye la coordinación o administración de su cuidado de salud con un tercero. Por ejemplo, podríamos divulgar su PHI, según resulte necesario, con una agencia de salud que brinda atención a usted o su PHI puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para asegurar que este tenga la información necesaria para diagnosticar o tratarlo.

Pago: Su PHI se utilizará, según sea necesario, para obtener pago por los servicios de salud. Por ejemplo, para obtener la aprobación para una estancia en el hospital puede requerir que su PHI sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación para el ingreso en el hospital.

Operaciones de atención médica: Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su PHI a fin de apoyar las actividades empresariales de nuestra práctica. Estas actividades incluyen, pero no están limitadas a, evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, entrenamiento de estudiantes de medicina, licencias y de conducir o arreglar para otras actividades económicas. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica a estudiantes de medicina que ven a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar un registro en el cual se le pedirá que indique su nombre y su médico. Nosotros también lo podremos llamar por su nombre en la sala de espera cuando su médico está listo para verlo. Podemos usar o divulgar su PHI, según resulte necesario, para comunicarnos con usted para recordarle de su cita.

Otros usos y divulgación que pueden hacer sin su autorización escrita o una oportunidad de aceptar u objetar:

Podemos usar o divulgar su PHI en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: Requerimiento por Ley, Salud Pública en cuestiones que sea requerido por la ley: Enfermedades Transmisibles, Vigilancia de la Salud (Abuso o Negligencia), Alimentos y requisitos de administración de medicamentos, Procedimientos Legales, Aplicación de la ley (forenses, directores de funerarias y donación de órganos), Investigación (Actividad Criminal, Actividad militar y Seguridad Nacional), Compensación de Trabajadores, reclusos, Usos y divulgaciones; según la ley, debemos hacer divulgaciones a usted y cuando sea requerido por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

Otros Usos Permitidos Requeridos y Revelaciones se harán sólo con su consentimiento, la autorización o la oportunidad de oponerse a menos que requerido por la ley. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento, por escrito, salvo en la medida en que el médico o la práctica del

médico ha tomado una acción en la dependencia en el uso o divulgación indicado en la autorización.

2. SUS DERECHOS

Lo que sigue es una declaración de sus derechos con respecto a su información de salud protegida.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su PHI. Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información compilada con la anticipación razonable de, o uso en, una acción civil, penal o administrativo, y la información de salud protegida que está sujeto a la ley que prohíbe el acceso a la información de salud protegida.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su PHI. Esto significa que usted puede pedirnos que no usemos o divulguemos cualquier parte de su información médica a los efectos de las operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Usted también puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida sea revelada a miembros de la familia o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada ya quien usted quiere que la restricción aplique.

El médico no está obligado a aceptar la restricción que usted puede solicitar. Si su médico cree que es mejor permitir el uso y divulgación de su PHI, su PHI no será restringida. A continuación, tiene el derecho de utilizar otro profesional de la salud.

Usted tiene el derecho de solicitar información para recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene el derecho de obtener una copia en papel de este aviso de nosotros, a petición, incluso si usted ha acordado aceptar esta nota alternativamente en otras palabras electrónicamente.

Usted puede tener el derecho de pedir a su médico que corrija su PHI, en caso de que usted lo considere necesario. Si rechazamos su solicitud de corrección, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo y nosotros podemos preparar una refutación, de igual manera le proporcionaremos una copia de dicha constancia.

Usted tiene el derecho de recibir una lista con la información de ciertas revelaciones que hemos hecho, si existe alguna, de su PHI.

3. QUEJAS

Usted puede quejarse a nosotros o al Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos han sido violados por nosotros. Usted puede presentarnos una queja notificando a nuestra oficina sobre la privacidad de su queja. **No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

Esta nota se publicó y entra en vigencia en / o antes de **Abril 14, 2003.**

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso, sin embargo, este cambio le será informada(o) por correo. Usted entonces tiene el derecho de oponerse o retirar los términos que hayan sido añadidas en esta nota.

Estamos obligados por ley de mantener y proporcionar de manera individual las notificaciones de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud, la cual se encuentra protegida. Si usted tiene alguna objeción a esta forma, pida por favor hablar con nuestros Oficiales de Cumplimiento de HIPAA, Kim Bigham, en persona o por teléfono al 817-556-2559.

La firma en la parte inferior es sólo de reconocimiento que usted ha recibido este aviso de nuestras prácticas de privacidad.

Imprima Nombre _____

Firma _____

Fecha de hoy _____