

Información del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____ Ext. _____

Cellular: _____ Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: *Male* *Female* Numero de Seguro Social: _____

Estatura aproximada: _____ Peso: _____ Diagnóstico: _____

Receta: Si No Para: _____

Edad de los aparatos: Nuevos Menos de 2 años 2-5años 5-10 años Mas

Información de Referencia

Médico que Refiere: _____

Nombre de Compañía: _____ Teléfono: _____

Médico de la Familia o Pediatra: _____

Nombre de Compañía: _____ Teléfono: _____

Terapeuta Fisico: _____

Nombre de Compañía: _____ Teléfono: _____

Información del Seguro

Marcar todas las que apliquen: Medicaid Medicare CSHCS VA Suplemento

Private Ins Compensacion del Trabajador Otras _____

Compañía de Seguro principal: _____

Nombre del titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____ Seguro Social: _____

Póliza#: _____ Grupo# : _____

Lugar de Trabajo: _____

Compañía de Seguro Secundario: _____

Nombre del titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____ Seguro Social: _____

Póliza#: _____ Grupo# : _____

Lugar de Trabajo: _____

POR FAVOR PROVEER COPIA DE SUS TARJETAS DE SEGUROS.

Parte Responsable:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____ Ext. _____

Cellular: _____ Correo Electrónico: _____

Lugar de Trabajo: _____

Others who may be contacted regarding these services (billing or health related)

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Por favor Tome Nota:

Es importante obtener la información suficiente que sea posible para tramites de la aseguranza.

Las formas incompletas pueden causar retraso en su proceso de reclamo.

Scott Larson Orthotics

Asignación de Beneficios y Acceso a la Información

Yo autorizo el acceso a cualquier información medica necesaria para procesar este reclamo por medio de Midwest Orthotic Services, LLC/ Scott Larson Orthotics.

Asignación de Beneficios de Medicare

Certifico que la información dada por mí en la aplicación de pago bajo el titulo XVII del Acta del Seguro Social es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados sea hecho en representación mía. Asigno los beneficios pagaderos cubiertos por los servicios de seguro a la organización que provea los servicios y autorizo a dicha organización a enviar un reclamo a Medicare para pago.

Asignación de Beneficios a Seguros Privados

Por este medio autorizo a mi compañía de seguros, que haga los pagos directamente a Midwest Orthotic Services, LLC/Scott Larson Orthotics para servicios ortopédicos-prostéticos y equipo médico durable y provisiones.

****POR FAVOR LEA****

Entiendo que Midwest Orthotic Services, LLC/Scott Larson Orthotics esta actuando solamente como un agente designado para presentar beneficios de seguros; por lo tanto, Midwest Orthotic Services, LLC/Scott Larson Orthotics no asume ninguna responsabilidad de garantizar el pago de los cargos cubiertos. Entiendo que yo soy completamente responsable de todos los deducibles, co-aseguranzas y renuncia a reclamaciones. Yo reconozco y afirmo mi obligación de pagar a Midwest Orthotic Services, LLC/Scott Larson Orthotics el total de todos los cargos incurridos, y ésta obligación no es de ninguna manera dependiente de reembolso bajo ningún plan de seguro médico. Cualquier arreglo a través del cual los pagos sean hechos directamente a Midwest Orthotic Services, LLC/Scott Larson Orthotics por medio de cualquier plan de seguros no afectará mi obligación de pagar el saldo restante. Yo entiendo que soy responsable por todos los cargos de colección, incluyendo gastos de agencias de colección, cargos de abogados, y costos de corte asociados con cargos do colección de cualquier cantidad adeudada con retraso a Midwest Orthotic Services, LLC/Scott Larson Orthotics.

Devoluciones y Ajustes

He recibido y leído la copia de las Pólizas de Devolución y Ajustes de Midwest Orthotic Services, LLC/Scott Larson Orthotics, entiendo y estoy de acuerdo con estos términos y condiciones.

**Acta de Portabilidad y Responsabilidad de los Servicios de Salud
(HIPAA-HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT)**

Yo certifico que se me ha ofrecido una copia del Aviso de Consultas Medicas Privadas de Scott Larson Orthotics. El Aviso de Consultas Medicas Privadas describe los tipos de usos y formas de dar a conocer la información confidencial de mi estado de salud en mi tratamiento, en el pago de mis facturas o en la labor de Scott Larson Orthotics y las operaciones de cuidado de la salud del Centro Tecnológico. El Aviso de Consultas Medicas Privadas también describe mis derechos y los deberes de Scott Larson Orthotics con respecto a la información confidencial de mi salud. (PHI-Protected Health Information). El Aviso de Consultas Médicas Privadas esta a la vista en la sala de espera en Scott Larson Orthotics y en la página de Internet de Scott Larson Orthotics.

Scott Larson Orthotics se reserva el derecho de cambiar las consultas médicas privadas que están descritas en el Aviso de Consultas Medicas Privadas. Puedo obtener un Aviso revisado y corregido de Consultas Medicas Privadas llamando a la oficina y solicitando una copia nueva por correo, en siguientes citas o teniendo acceso a la pagina de Internet de Scott Larson Orthotics.

Nombre impreso del Paciente _____

Firma del Paciente o Representante _____ Fecha _____

AVISO SOBRE CONSULTAS MEDICAS PRIVADAS

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN SOBRE SU ESTADO DE SALUD PUEDE SER USADA Y DADA A CONOCER Y DE CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE. ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS MANTENER LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD CONFIDENCIAL.

NUETRA RESPONSABILIDAD LEGAL. Debido a la ley federal y estatal que se aplica, debemos mantener confidencial la información sobre su estado de salud. Además debemos darle a usted éste Aviso sobre nuestras consultas médicas privadas, nuestras obligaciones legales y los derechos que usted tiene sobre la información de su estado de salud. Debemos seguir las reglas de consultas médicas privadas que se han descrito en este Aviso mientras estén en vigencia. Este Aviso entra en vigencia el 15 de Abril de 2003 y permanecerá en efecto hasta que nosotros lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar las reglas, condiciones y términos de este Aviso en cualquier momento, ya que dichos cambios son permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer cambios a nuestras consultas médicas privadas y a los nuevos términos de nuestro Aviso efectivos para toda la información de salud que mantenemos, incluyendo información de salud que nosotros creamos o recibimos antes de hacer los cambios. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras consultas médicas privadas, cambiaremos este Aviso y haremos que el nuevo Aviso este disponible por medio de solicitud.

Usted podrá solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para mas información sobre nuestras consultas médicas privadas o para copias adicionales de este Aviso, por favor comuníquese con nosotros usando la información que aparece al final de este Aviso.

USOS Y REVELACIONES SOBRE LA INFORMACIÓN DE SU ESTADO DE SALUD

Nosotros usamos y damos a conocer la información de su estado de salud sobre su tratamiento, pagos y operaciones del cuidado de salud. Por ejemplo:

TRATAMIENTO: Podremos utilizar y dar a conocer la información de su estado de salud a un médico o proveedor del cuidado de salud que le esté brindando tratamiento a usted.

PAGOS: Podremos utilizar y dar a conocer la información de su estado de salud para obtener pago por los servicios que le brindamos.

FORMAS DEL CUIDADO DE SALUD: Podremos utilizar y dar a conocer información sobre su estado de salud conjuntamente con nuestras operaciones del cuidado de salud. Las formas del cuidado de salud incluyen asesoría de calidad y actividades de mejoramiento, revisión de la competitividad o cualidades de los proveedores del cuidado de salud, evaluación de las actividades de los empleados médicos, conducir programas de entrenamiento, acreditación, certificación, actividades para obtener licencia y credenciales.

SU AUTORIZACIÓN: Además del uso de su información para tratamiento, pago y formas del cuidado de salud, usted puede darnos autorización escrita para utilizar la información de su estado de salud o darla a conocer a cualquier persona para cualquier propósito. Si usted nos da una autorización, usted puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o revelaciones permitidas por su autorización mientras este vigente. A menos que usted nos de una autorización escrita, nosotros no podemos utilizar o dar a conocer la información sobre su estado de salud por ningún motivo excepto la descrita en este Aviso.

A SUS FAMILIARES Y AMIGOS: Debemos dar a conocer la información de su estado de salud a usted mismo, como se describe en la sección de Derechos del Paciente en este Aviso. Podremos dar a conocer la información de su estado de salud a un miembro de su familia, amigo u otra persona al punto donde sea necesario para ayudar con el cuidado de su salud o con el pago si obtenemos su aprobación verbal para hacerlo o si le damos la oportunidad de oponerse a dicha revelación y usted no realiza objeción alguna. Podremos también dar a conocer información de su estado de salud a sus familiares o amigos si podemos deducir de las circunstancias, basados en nuestro juicio profesional, que usted no se opondrá al respecto. En la situación en que usted no sea capaz de dar su consentimiento, podremos utilizar nuestro juicio profesional, y determinar si revelar información a familiares y amigos es para su propio beneficio.

PERSONAS INVOLUCRADAS EN SU CUIDADO: Podremos utilizar o dar a conocer información sobre su estado de salud para notificar o ayudar en la notificación (incluyendo identificar o localizar) a un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, de localizarlo, de su condición general o muerte. Si usted esta presente entonces antes de utilizar o dar a conocer la información sobre su estado de salud, le daremos la oportunidad de oponerse a dichos usos y revelaciones. En caso de incapacidad de parte suya o circunstancias de emergencia, daremos a conocer solamente la información sobre su estado de salud que sea necesaria o que concierna a la persona que este a cargo de su cuidado. Además usaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica

SERVICIOS RELACIONADOS CON MERCADOTECNIA DE LA SALUD: No revelaremos ninguna información relacionada con su estado de salud para comunicados de mercadotecnia sin su autorización escrita excepto para proveerle información sobre nuestros propios servicios.

REQUERIDO POR LA LEY: Podremos utilizar o dar a conocer información sobre su estado de salud cuando nos sea requerido por la ley federal, estatal o local. común para hacer deducciones razonables para su propio beneficio permitiendo a la persona enterarse de la condición de su estado de salud.

SERVICIOS RELACIONADOS CON MERCADOTECNIA DE LA SALUD: No revelaremos ninguna información relacionada con su estado de salud para comunicados de mercadotecnia sin su autorización escrita excepto para proveerle información sobre nuestros propios servicios. **INVESTIGACIÓN:** Podremos utilizar o dar a conocer información sobre su estado de salud para proyectos de investigación que estén sujetos a procesos de aprobación especial. Pediremos su permiso si el investigador quisiera tener acceso a su nombre, dirección, u otra información que revele su identidad o se involucre en su cuidado en el consultorio medico.

COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR: Podremos dar información sobre su estado de salud al programa de compensación del trabajador u otros programas similares. Estos programas proveen beneficios en caso de heridas o accidentes ocasionados en el lugar de trabajo.

RIESGOS DE SALUD PUBLICA: Podremos dar su información por razones de salud publica para prevenir o controlar enfermedades, heridas o incapacidad; o reportar nacimientos, muertes, heridas físicas no causadas accidentalmente, medicamentos o problemas con los productos médicos.

ACTIVIDADES DE SUPERVISION DE LA SALUD: Podremos dar a conocer la información sobre su estado de salud a agencias de supervisión de la salud para auditorias, investigaciones, inspecciones o propósitos de autorización. Su información puede ser utilizada por ciertas agencias estatales y federales para regular y vigilar el sistema del cuidado de salud, programas de gobierno y de conformidad con las leyes de derechos civiles.

DEMANDAS Y DISPUTAS: Si usted estuviera involucrado en una demanda o disputa, nosotros podremos dar a conocer la información sobre su estado de salud por orden de la corte o por orden administrativa. Sujetos a todos los requerimientos legales aplicables, también daremos información sobre su estado de salud en respuesta a una citación.

CUMPLIMIENTO DE LA LEY: Podremos dar información sobre su estado de salud si fuera solicitada por un oficial de la ley como respuesta por orden de la corte, citación, orden legal o proceso similar, sujeto a todos los requerimientos legales aplicables.

JUECES DE INSTRUCCIÓN FORENSE, EXAMINADORES MEDICOS Y DIRECTORES DE FUNERALES: Podremos dar información sobre su estado de salud a jueces de instrucción forense o médico examinador. Esto podría ser necesario por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de su muerte.

INFORMACIÓN NO IDENTIFICABLE PERSONALMENTE: Podremos utilizar o dar a conocer la información sobre su estado de salud de una forma que no lo identifique personalmente o revele su identidad.

ABUSO O NEGLIGENCIA: Podremos dar a conocer la información sobre su estado de salud a las autoridades respectivas se creemos que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia domestica o posible víctima de otros crímenes. Podremos dar a conocer la información de su estado de salud al punto necesario de evitar una amenaza seria a su salud o seguridad, o la salud o seguridad de otros.

SEGURIDAD NACIONAL: Podremos dar a conocer a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo algunas circunstancias. Podremos dar a conocer a oficiales federales autorizados la información del estado de salud que sea requerida para inteligencia legal, contra-inteligencia u otras actividades de seguridad nacional. Podremos dar a conocer la información sobre el estado de salud a una institución correccional o a un oficial de la ley que tenga custodia legal de un recluso o paciente bajo ciertas circunstancias.

RECORDATORIO DE CITAS: Podremos utilizar o dar a conocer información sobre su estado de salud en recordatorios de citas (como mensajes en su teléfono o por correo).

DERECHOS DEL PACIENTE

ACCESO: Usted tiene el derecho de revisar u obtener copias con la información sobre su estado de salud, con excepciones limitadas. Usted podrá solicitar que nosotros le proporcionemos copias en un formato diferente a las fotocopias. Nosotros utilizaremos el formato que usted solicite a menos que no podamos prácticamente hacerlo. (Usted deberá solicitar por escrito el acceso a la información de su estado de salud. Usted podrá obtener una forma para solicitar el acceso utilizando la información que aparece al final de este Aviso. Si usted solicita copias, le cobraremos \$0.50 por cada página, \$25.00 por hora del tiempo del personal para localizar y copiar la información de su estado de salud, y gastos de correo si quiere que las copias sean enviadas por dicho medio. Si usted solicita un formato alternativo, le cobraremos una cuota basada en el costo por proveerle la información de su estado de salud en dicho formato. Si usted prefiere, le prepararemos un resumen o una explicación con la información de su estado de salud por una cuota. Póngase en contacto con nosotros utilizando la información que aparece al final de este Aviso para una explicación completa de nuestra estructura de cuotas).

INFORMACION CONTABLE: Usted tiene el derecho de recibir una lista de instancias en las cuales nosotros o nuestros asociados damos a conocer la información sobre el estado de su salud con propósitos diferentes a tratamiento, pagos, operaciones del cuidado de su salud y algunas otras actividades, de los últimos 6 años, pero no antes del 14 de abril de 2003. Si usted solicita este informe más de una vez en un periodo de doce meses, le haremos un cargo razonable, por atender a este requerimiento adicional. .

RESTRICCIONES: Usted tiene el derecho de solicitar que pongamos restricciones adicionales en nuestro uso o revelación de la información sobre su estado de salud. Nosotros no tenemos la obligación de estar de acuerdo con estas restricciones adicionales, pero si lo estamos, cumpliremos con nuestro acuerdo (excepto en una emergencia).

COMUNICACIÓN ALTERNATIVA: Usted tiene el derecho de solicitar que le comuniquemos la información de su estado de salud por otros medios o lugares alternativos. (Usted debe hacer su solicitud por escrito). Su solicitud debe especificar los medios o lugares alternativos y proveer explicación satisfactoria de como serán manejados los pagos bajo los medios o lugares alternativos que usted solicite.

MODIFICACIONES: Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros modifiquemos la información sobre su estado de salud. (Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar porqué la información debe ser modificada). Nosotros podemos negarle su solicitud bajo ciertas circunstancias.

AVISO ELECTRONICO: Si usted recibe este Aviso a través de nuestra página de Internet o por correo electrónico (e-mail), usted tiene derecho a recibir este Aviso en forma escrita.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si usted quisiera más información sobre nuestras consultas médicas privadas o tiene dudas o preguntas, por favor comuníquese con nosotros.

Si usted cree que nosotros hayamos violado sus derechos de privacidad, o esta en desacuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre el acceso a la información sobre su estado de salud o en respuesta a una solicitud que usted hiciera para modificar o restringir el uso o revelación de la información de su estado de salud o quisiera que nos comunicáramos con usted a través de otros medios o lugares alternativos, puede quejarse con nosotros utilizando los medios de contacto que aparecen al final de este Aviso. Usted también deberá enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Nosotros le daremos la dirección a la que debe enviar su queja.

Apoyamos el derecho de privacidad de la información sobre su estado de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide enviar una queja a nosotros o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Dirección: 17530 Dugdale Dr.
South Bend, IN 46635

Contacto de Privacidad: Leslie Strychalski
Correo Electrónico: leslie@midwestorthotics.com
Teléfono: 866-316-1312
Fax: 866-700-7837