California Neurology Institute

Nombre	**Inicial media**	**Apellido**	**Fecha de nacimiento** MMDDYYY
Dirección		**Ciudad:**	**Estado:** / **Codigo Postal:**
Teléfono de la casa ( )	**Teléfono celular** ( )	**Es posible que dejemos un mensaje en** ☐ Casa ☐ Cell	**Género** ☐ Masculino ☐ Femenino
Seguridad social #	**Estado civil**	**Nombre del empleador**	**Teléfono de trabajo** ( )

Raza ☐ Indio americano o nativo de Alaska Asiático ☐ ☐ Negro o afroamericano ☐ Blanco ☐ Hispánico ☐ Otro:	**Origen étnico** ☐ Hispano o latino ☐ Ni hispanos ni latinos	**Idioma principal** ☐ Inglés ☐ Español ☐Otros:
¿Permiso para inscribirlo en nuestro portal del paciente? ☐ Sí. Al marcar SÍ, nos está dando permiso para comunicarnos con usted por correo electrónico, mensaje del portal y/o mensaje de texto. ☐ No, si no es así, por favor díganos por qué.	**Dirección de correo electrónico** ☐ No tengo una dirección de correo electrónico	

INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE

☐Compruebe aquí si es igual que **la información del paciente**

Nombre	**Inicial media**	**Apellido**	**Fecha de nacimiento** MMDDYYY	
Dirección		**Ciudad:**	**Estado:**	**Codigo Postal:**
Teléfono de la casa ( )	**Teléfono celular** ( )	**Relación con el paciente**	**Género** ☐ Masculino ☐ Femenino	
Seguridad social #	**Nombre del empleador**		**Teléfono de trabajo** ( )	

INFORMACIÓN DEL SEGURO

(Por favor, proporcione copias de TODAS las tarjetas)

Aseguradora Primaria	**ID de suscriptor**	**Número de grupo**
Nombre del suscriptor	**Fecha de nacimiento del suscriptor**	**Relación con el paciente**
Aseguradora secundaria	**ID de suscriptor**	**Número de grupo**
Nombre del suscriptor	**Fecha de nacimiento del suscriptor**	**Relación con el paciente**

California Neurology Institute

Información de farmacia	
Nombre de la farmacia local	**Teléfono #**
Dirección	
Farmacia de pedidos por correo	**Teléfono #**
Dirección	

Consentimiento para el historial de recetas

Por la presente, autorizo ***al Instituto de Neurologia de California*** a acceder y usar mi historial de recetas electrónicas, al hacerlo, entiendo que estoy permitiendo el historial electrónico completo de las recetas que me han recetado todos y cada uno de mis proveedores de atención médica, incluidos, entre otros, hospitales, atención de urgencia, dentistas y cualquier otro profesional. También permito el acceso a mis registros con respecto a las recetas surtidas a mi nombre por farmacias locales, de pedidos por correo y especializadas.
Entiendo que esta autorización no expirará a menos que presente una solicitud por escrito.

Firma del Paciente o Representante Legal	**Fecha**

Otros proveedores que participan ACTIVAMENTE en su atención

¿Está en un CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA? ☐NO ☐ **SÍ, Nombre de la instalación:_____**

Nombre del médico	*Teléfono #*	*Especialidad*	*Mes/año de la última visita*

Información de contacto de emergencia
Por favor, proporciónenos dos (2) contactos de emergencia

Nombre del contacto	*Teléfono #*	*Relación*	*HIPPA*

Autorizo al ***Instituto de Neurologia de California*** a proporcionar información a mis contactos mencionados anteriormente en caso de que haya una emergencia. Si deseo que se divulgue mi totalidad o una parte de mis registros médicos, lo haré completando una ***Autorización para el Uso o la Divulgación de Información Médica Protegida***. *Este formulario está disponible en la recepción, o puedo elegir la opción HIPAA junto a los contactos de emergencia como alternativa.*

Firma del Paciente o Representante Legal	**Nombre del paciente**

Fecha de nacimiento del paciente	**Relación con el paciente**	**Fecha de firma**

Medicamentos

Nombre	Dosis de Medicacion	Frecuencia	Fecha de inicio	Respuesta	Médico que prescribe	Fecha de Discontinuacion

Historia

Enumere las cirugías anteriores

Cirugía	Año de la cirugía

Alergias

Haz una lista de tus alergias, incluidos los medicamentos que causaron una reacción alérgica

Enumerar todas las alergias	Reacción alérgica

Historia / Revisión de Sistemas

Neurología	Sí	No
Migrañas		
Dolor ardiente en los pies		
Mareos		
Confusión		
Dolor ardiente en las manos		
Cambios visuales		
Pérdida del conocimiento		
Neuropatía periférica		
Derrame Cerebral		
Pérdida del olfato		
Desmayo		
Pérdida de sensibilidad en un área del cuerpo		
Problemas con el equilibrio		
Síntomas de las piernas inquietas		
Sueño inquieto		

Psicología	Sí	No
Depresión		
Ideación suicida		
Abuso Mental o Físico		
Confusión		
Manía		
Hiperactividad		
Irritabilidad		
Hospitalización Psiquiátrica		
Alto nivel de estrés		
Trastornos del sueño		
Trastorno alimentario		
Ansiedad		
Alucinaciones		
Humor		
Déficit de atención		
Pesadillas		
Otros diagnósticos psiquiátricos		
¿Está recibiendo asesoramiento?		

California Neurology Institute

Acuerdo de Política Financiera

Iniciales del paciente :_____

Los proveedores del ***Instituto de Neurología deCalifornia*** están comprometidos a brindarle atención médica superior, como parte de ese compromiso, es importante para nosotros establecer nuestra política financiera y sus responsabilidades.

IDENTIFICACIÓN

- Con el fin de evitar el robo de identidad, se le pedirá que nos proporcione una identificación con foto emitida por el gobierno.
- Se requiere una copia de todas las tarjetas de seguro válidas. En caso de que una tarjeta no esté disponible, debe poder proporcionarnos información para que podamos verificar la cobertura del seguro y la elegibilidad.

SEGURO

- Si no podemos verificar la elegibilidad y los beneficios, se le pedirá que pague los servicios en su totalidad en el momento del servicio.
- Si bien tenemos contrato con muchos planes de salud, es posible que no tengamos contrato con todos los planes de salud. Es su responsabilidad proporcionarnos la información más reciente de su seguro. Cualquier cambio en su cobertura de seguro debe ser reportado a nosotros de inmediato. Si esta información no se nos proporciona antes o en el momento del servicio, o dentro de los límites de presentación oportuna de su seguro, usted será financieramente responsable de los servicios prestados.
- Como cortesía, nuestra oficina comercial presentará reclamaciones a su plan de salud por los servicios prestados por nuestra oficina. Nuestra oficina comercial también lo ayudará lo mejor que pueda para ayudar a que se paguen sus reclamos.
- En el caso de que su reclamo se retrase o se le niegue el pago debido a la falta de información del suscriptor, el paciente, el empleador o cualquier entidad o persona fuera de nuestra oficina será su responsabilidad financiera.
- Algunos servicios médicos pueden ser considerados por su seguro como servicios no cubiertos, fuera de la red o no médicamente necesarios. Nuestra oficina hará su debida diligencia para obtener la autorización y verificar los beneficios de los servicios que se brindan, sin embargo, es su responsabilidad conocer su cobertura médica y será su responsabilidad financiera.
- Todos los copagos, coseguros, deducibles y saldos deben pagarse antes de la prestación de los servicios. En el caso de que no cobremos dichos montos en el momento del servicio, no renunciamos a nuestro derecho a cobrar y a su responsabilidad financiera por estos servicios. Haremos todo lo posible para estimar sus porciones adeudadas en el momento del servicio, sin embargo, su saldo final se determina después de que su seguro procese su reclamo. Nuestra oficina comercial le enviará un estado de cuenta del paciente de cualquier saldo no cobrado en el momento del servicio.

PAGOS

- Aceptamos los siguientes métodos de pago; EFECTIVO, CHEQUE, TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO.
- Entendemos que a veces puede haber dificultades, le recomendamos que se comunique con nuestra oficina para otros arreglos si no puede realizar ninguno de los pagos esperados.
- Todos los pagos de pacientes recibidos se aplican primero a los saldos más antiguos (no se aplica a los pagos del seguro).
- Si se produce un crédito a partir de un pago por adelantado o después de que el seguro haya finalizado la reclamación, nos reservamos el derecho de volver a aplicar ese crédito a cualquier otro servicio con un saldo pendiente.

California Neurology Institute

SALDOS CONTIN'd

- Cualquier saldo vencido superior a 90 días está sujeto a cargos por pago atrasado y/o cargos por intereses.
- Nuestra oficina comercial intentará notificarle de su deuda utilizando uno o más de los siguientes métodos: estados de cuenta, cartas, llamadas telefónicas o mensajes a través de su portal del paciente (si está inscrito).
- Cualquier saldo impago puede ser referido a nuestra agencia de cobro externa, y puede estar sujeto a cargos por intereses adicionales y/o informes de calificación crediticia negativa con varias agencias de crédito.
- Si en caso de que no pueda pagar su factura en su totalidad, le recomendamos que llame a nuestra oficina para hacer arreglos de pago razonables.
- También puede solicitar una consideración por dificultades financieras con respecto a su saldo. Sin embargo, es posible que se le solicite que envíe información financiera personal (es decir, talones de cheques, estados de cuenta bancarios, etc.) para que podamos determinar si califica o no.

CHEQUES DE DEVOLUCIÓN

- Un cheque devuelto por cualquier motivo está sujeto a un cargo por devolución de $35 por cheque.
- El cargo por cheque devuelto debe pagarse en efectivo, giro postal y tarjeta de crédito o débito.
- Es posible que nos neguemos a aceptar futuros pagos con cheques.
- Nos reservamos el derecho de utilizar todos los recursos legales disponibles bajo la Ley de California, incluyendo reportar su cheque devuelto a nuestra oficina del Fiscal de Distrito local.

CITAS PERDIDAS Y LLEGADAS TARDÍAS

- Requerimos un aviso de cancelación de al menos 24 horas.
- Si llega a su cita con más de 5 minutos de retraso, es posible que deba reprogramarse su cita y es posible que esté sujeto a un cargo por cita perdida.
- Si no se notifica con 24 horas de anticipación, es posible que se le cobre una tarifa por cita perdida de al menos $50 para visitas al proveedor y de al menos $150 para citas de pruebas. Esta tarifa puede ser exenta a nuestra discreción.
- Entendemos que a veces las circunstancias pueden no permitirle cancelar dentro de las 24 horas, sin embargo, le pedimos que llame lo antes posible para que tengamos la oportunidad de ofrecer la cita a otro paciente.

FORMAS

- Cualquier formulario que requiera revisión médica y/o la firma de un proveedor está sujeto a una tarifa administrativa de $25 por formulario.
- Esta tarifa se debe pagar antes de la publicación de los formularios completados.

SOLICITUD DE REGISTROS MÉDICOS

- La seguridad de sus registros es muy importante para nosotros, por lo tanto, requerimos una solicitud ESCRITA para cualquier divulgación de registros médicos.
- La divulgación de registros está sujeta a una tarifa administrativa de $25 por solicitud más $0.25 por página si se trata de copias impresas, o $5 si se proporcionan digitalmente (es decir, USB, CD, etc.).
- Los registros NO se divulgarán hasta que se paguen las tarifas requeridas.

Iniciales del paciente:

California Neurology Institute

<u>CON LA FIRMA DE ESTE ACUERDO:</u>

- **Reconozco que he leído y cumpliré con la Política Financiera *del Instituto de Neurología de California* como se describe anteriormente. Puedo solicitar una copia en cualquier momento.**
- **Por la presente, asigno todos los beneficios de mi seguro de salud aplicables y todos los derechos y obligaciones que yo y mis dependientes tenemos bajo mi plan de salud al Instituto de *Neurología de California* y sus representantes, y los nombro como mi representante autorizado con el poder de:**
    - Presentar reclamaciones médicas con mi plan de salud
    - Recibir un pago directo de mi plan de salud por los servicios prestados a mí o a mis dependientes.
    - Presentar apelaciones y quejas formales ante mi plan de salud
    - Discutir o proporcionar mi información de salud personal o la de mis dependientes con cualquier tercero, incluido mi plan de salud
- **Certifico que he proporcionado información precisa sobre el seguro a partir de la fecha que se indica a continuación y que soy responsable de mantenerla actualizada.**
- **Soy plenamente consciente de que tener un seguro de salud no me libera de mi responsabilidad de garantizar que *el Instituto de neurología de California* se pague en su totalidad.**
- **Por la presente autorizo *al Instituto de Neurología de California* y a sus representantes a:**
    - Divulgar información necesaria a mi plan de salud o a su administrador con respecto a mi enfermedad y tratamientos.
    - Tramitar las reclamaciones de seguros generadas en el curso del examen o tratamiento; y
    - Permitir que una fotocopia de mi firma se utilice para procesar las reclamaciones de seguros.
- **Entiendo que para rescindir este acuerdo debo presentar una solicitud formal por escrito para revocar mi autorización.**
- **Entiendo que *el Instituto de neurología de California* puede actualizar o modificar sus políticas sin previo aviso.**

Nombre del paciente	**Fecha de nacimiento del paciente**
Firma del paciente o tutor legal	**Fecha de firma**

California Neurology Institute

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ACUSE DE RECIBO

El Aviso de Prácticas de Privacidad del Instituto de neurología de California proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida.

Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad.

_____	_____
Firma del paciente o representante de los pacientes	Fecha
_____	_____
Imprimir Nombre del Paciente	Relación con el paciente

RECONOCIMIENTO DE LA LEY DE PAGOS ABIERTOS

La base de datos Open Payments es una herramienta federal que se utiliza para buscar los pagos realizados por las compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Solo con fines informativos, https://openpaymentsdata.cms.gov aquí se proporciona un enlace a la página web de Pagos Abiertos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) federales. La Ley Federal de Pagos a Médicos Sunshine requiere que se ponga a disposición del público información detallada sobre los pagos y otros pagos de valor superior a diez dólares ($10) de los fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos a médicos y hospitales universitarios.

Reconozco que he recibido una copia de este aviso de divulgación.

_____	_____
Firma del Paciente o Representante Legal	Fecha

California Neurology Institute

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISELO DETENIDAMENTE.

Entendemos la importancia de la privacidad y estamos comprometidos a mantener la confidencialidad de su información médica. Hacemos un registro de la atención médica que proporcionamos y podemos recibir dichos registros de otros. Utilizamos estos registros para proporcionar o permitir que otros proveedores de atención médica proporcionen una atención médica de calidad, para obtener el pago por los servicios proporcionados a usted, según lo permitido por su plan de salud, y para cumplir con nuestras obligaciones profesionales y legales para operar adecuadamente esta práctica médica. La ley nos exige mantener la privacidad de la información de salud protegida, proporcionar a las personas un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida, y notificar a las personas afectadas después de una violación de la información de salud protegida no asegurada. Este aviso describe cómo podemos usar y divulgar su información médica. También describe sus derechos y nuestras obligaciones legales con respecto a su información médica. Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad.

Cómo Esta Práctica Médica Puede Usar o Divulgar Su Información de Salud

Esta práctica médica recopila información de salud sobre usted y la almacena en un registro, en una computadora y en un registro electrónico de salud/registro personal de salud, considerado como su registro médico. El registro médico es propiedad de esta práctica médica, pero la información en el registro médico le pertenece a usted. La ley nos permite usar o divulgar su información de salud para los siguientes fines:

Tratamiento - Utilizamos la información médica sobre usted para proporcionar su atención médica. Divulgamos la información médica a nuestros empleados y a otros que están involucrados en proporcionar la atención que necesita. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con otros médicos o proveedores de atención médica que proporcionarán servicios que nosotros no ofrecemos. O podemos compartir esta información con un farmacéutico que la necesita para dispensar una receta, o un laboratorio que realiza una prueba. También podemos divulgar información médica a miembros de su familia u otros que puedan ayudarle cuando esté enfermo o herido, o después de su fallecimiento.

Pago- Utilizamos y divulgamos la información médica sobre usted para obtener el pago por los servicios que proporcionamos. Por ejemplo, damos a su plan de salud la información que requiere antes de que nos pague. También podemos divulgar información a otros proveedores de atención médica para ayudarles a obtener el pago por los servicios que le han proporcionado.

Operaciones de Atención Médica - Podemos usar y divulgar la información médica sobre usted para operar esta práctica médica. Por ejemplo, podemos usar y divulgar esta información para revisar y mejorar la calidad de la atención que proporcionamos, o la competencia y cualificaciones de nuestro personal profesional. O podemos usar y divulgar esta información para obtener la autorización de su plan de salud para servicios o derivaciones. También podemos usar y divulgar esta información según sea necesario para revisiones médicas, servicios legales y auditorías, incluyendo la detección de fraude y abuso y programas de cumplimiento, y para la planificación y gestión empresarial. También podemos compartir su información médica con nuestros "asociados comerciales", como nuestro servicio de facturación, que realiza servicios administrativos para nosotros. Tenemos un contrato por escrito con cada uno de estos asociados comerciales que contiene términos que exigen que ellos y sus subcontratistas protejan la confidencialidad y seguridad de su información de salud protegida. También podemos compartir su información con otros proveedores de atención médica, centros de procesamiento de salud o planes de salud que tengan una relación con usted. Ellos pueden solicitar esta información para ayudarles con sus actividades de evaluación y mejora de calidad, sus actividades de seguridad del paciente, sus esfuerzos basados en la población para mejorar la salud o reducir los costos de atención médica, el desarrollo de protocolos, la gestión de casos o actividades de coordinación de cuidados, la revisión de competencia, cualificaciones y desempeño de profesionales de salud, sus programas de capacitación, sus actividades de acreditación, certificación o licenciamiento, o sus esfuerzos de detección y cumplimiento de fraude y abuso en la atención médica. También podemos compartir información médica sobre usted con otros proveedores de atención médica, centros de procesamiento de salud y planes de salud que participan con nosotros en "arreglos de atención médica organizados" (OHCAs) para cualquiera de las operaciones de atención médica de los OHCAs. Los OHCAs incluyen hospitales, organizaciones de médicos, planes de salud y otras entidades que proporcionan servicios de atención médica en conjunto. Una lista de los OHCAs en los que participamos está disponible en el Oficial de Privacidad.

Recordatorios de Citas - Podemos usar y divulgar la información médica para contactarle y recordarle sobre citas. Si no está en casa, podemos dejar esta información en su contestadora automática o en un mensaje con la persona que contesta el teléfono.
Hoja de Firmas- Podemos usar y divulgar la información médica sobre usted al hacer que firme al llegar a nuestra oficina. También podemos llamar su nombre cuando estemos listos para atenderle.
Notificación y Comunicación con la Familia- Podemos divulgar su información de salud para notificar o asistir en la notificación a un miembro de la familia, o para coordinar estos esfuerzos de notificación en caso de emergencia o desastre. También podemos divulgar información a alguien que esté involucrado en su cuidado o que ayude a pagar por su atención. Si usted está disponible y es capaz de acordar o objetar, le daremos la oportunidad de hacerlo antes de hacer estas divulgaciones. Podemos divulgar esta información en un desastre, incluso si usted se opone, si creemos que es necesario para responder a las circunstancias de emergencia. Excepto según lo descrito en este Aviso de Prácticas de Privacidad, esta práctica médica, de acuerdo con sus obligaciones legales, no usará ni divulgará información de salud que le identifique sin su autorización escrita. Si usted autoriza a esta práctica médica a usar o divulgar su información de salud para otro propósito, puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.
Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales- Tiene el derecho de solicitar que reciba su información de salud de una manera específica o en una ubicación particular. Por ejemplo, puede pedir que enviemos la información a una cuenta de correo electrónico particular o a su dirección de trabajo. Cumpliremos con todas las solicitudes razonables enviadas por escrito que especifiquen cómo o dónde desea recibir estas comunicaciones.
Derecho a Inspeccionar y Copiar- Tiene el derecho a inspeccionar y solicitar una copia de su información de salud, con excepciones limitadas. Para acceder a su información médica, debe enviar por escrito una solicitud detallando qué información desea acceder. La información puede solicitarse en formato impreso o electrónico si es fácilmente producible. Le proporcionaremos un formato alternativo que considere aceptable. También enviaremos una copia a cualquier otra persona que usted designe por escrito. Cobramos una tarifa razonable que cubre nuestros costos de mano de obra, suministros, correo, y, si se solicita y se acuerda de antemano, el costo de preparar una explicación o resumen. Podemos denegar su solicitud en circunstancias limitadas.
Derecho a un Informe de Divulgaciones- Tiene el derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información de salud realizadas por esta práctica médica, excepto que esta práctica médica no tiene que informar sobre las divulgaciones proporcionadas a usted o con su autorización escrita.
Derecho a una Copia en Papel o Electrónica de Este Aviso- Tiene el derecho a recibir un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud, incluyendo el derecho a una copia en papel de este Aviso de Prácticas de Privacidad, incluso si ha solicitado previamente su recepción por correo electrónico.

Cambios a Este Aviso de Prácticas de Privacidad:

Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Los cambios se aplicarán a toda la información de salud protegida que mantenemos, sin importar cuándo se creó o recibió. Mantendremos una copia del aviso actual publicada en nuestra área de recepción y también publicaremos el aviso actual en nuestro sitio web. Una copia estará disponible en cada cita.

Quejas

Si tienes alguna pregunta o necesitas más aclaraciones, te recomiendo contactar al Oficial de Privacidad de la práctica médica. 661-371-2771

Si no está satisfecho con la manera en que esta oficina maneja una queja, puede presentar una queja formal a:

Departamento de Salud y Servicios Humanos
Oficina de Derechos Civiles
Hubert Humphrey Bldg.
200 Independence Avenue, SW
Room 509F HHH Building
Washington, D.C. 20201
OC.RMail@hhs.gov

El formulario de queja se puede encontrar en www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaint.pdf.