

C.A.I
A Cardiovascular & Arrhythmia Institute

Reconocimiento De Aviso de Prácticas de Privacidad

Al firmar abajo yo reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de A Cardiovascular and Arrhythmia Institute, LLC, que explica sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que puedo negarme a firmar el Reconocimiento. También entiendo que CAI utiliza un programa de medicamentos de receta electrónica que recupera sus 2 últimos años de los medicamentos prescritos. Al firmar abajo, doy consentimiento para ver estos registros.

¿Se puede dejar un mensaje de voz con resultados de las pruebas e información general?

SI _____ NO _____

Por favor designe a una persona (nombre, parentesco y número de teléfono) que no sea usted, que pueda recibir información sobre usted:

Persona Designada: _____ **# De Teléfono** _____.

Fecha: _____

Firma del Paciente o Representante: _____

Nombre del Paciente o Representante:(Letra de Imprenta) _____

Relación del Representante al Paciente: _____

Solo Para Uso Oficial

Yo, _____, hecho un esfuerzo de buena fe para obtener el Reconocimiento por escrito del paciente _____ sobre la Notificación de Prácticas de Privacidad de A Cardiovascular and Arrhythmia Institute, LLC. Sin embargo, no pude obtener el reconocimiento por escrito porque:

(Marque la opción que corresponda)

_____ La persona se negó a firmar este Reconocimiento De Aviso

_____ Las barreras de comunicación prohibieron el obtener el Reconocimiento De Aviso

_____ Una situación de emergencia impidió el obtener el Reconocimiento De Aviso

_____ Otra Razón: (explique) _____

C.A.I.
A Cardiovascular & Arrhythmia Institute

Autorización Para Obtener Expedientes

Para: _____

Yo Autorizo a: Cardiac Arrhythmia Institute, LLC

Copia o Resumen de:

En relación a mi enfermedad o tratamiento durante el periodo desde:

_____ Hasta _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____

**** Esta Autorización se vence en 12 meses de la fecha firmada****

C.A.I
A Cardiovascular & Arrhythmia Institute

Inscripción De Paciente Nuevo

Paciente: _____

De SS: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono1 () _____ Teléfono 2 () _____

Empleador: _____

Correo Electrónico: _____

Estado Civil: ___ Soltero ___ Casado ___ Viudo ___ Divorciado

Raza: Americana ___ Africano Americana ___ Nativo Americano ___ Nativo Alaska ___ Hispano ___

Chino ___ Filipino ___ Japonés ___ Multirracial ___ No determinado ___ Se Negó ___

Sexo: Masculino ___ Femenino ___ **Idioma:** _____

Origen Étnico: Latino o Hispano ___ No Latino o Hispano ___ Otro ___ Se Negó ___

Referido Por: _____

Médico De Atención Primaria: _____ Teléfono () _____

Contacto De Emergencia: _____ Relación Al Paciente _____

Teléfono () _____

Información del Asegurado (Si no es usted mismo)

Nombre Del Asegurado: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Empleador: _____ Teléfono: _____

Fecha De Nacimiento: _____ # De SS: _____

Información Sobre El Seguro Medico

Seguro Principal: _____ # De Identificación: _____ Grupo: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Nombre del Suscriptor: _____ Relación Al Paciente: _____

Seguro Secundario: _____ # De Identificación: _____ Grupo: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Autorización y Asignación

Por la presente autorizo **CARDIOVASCULAR AND ARRHYTHMIA INSTITUTE, LLC**, a dar cualquier información médica o incidental que puedan ser necesarios, ya sea para atención médica o tramitación de solicitudes de beneficios financieros.

Por la presente autorizo el pago directo de beneficios médicos a **CARDIOVASCULAR AND ARRHYTHMIA INSTITUTE, LLC**, por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de los saldos no cubiertos por mi seguro. Si esta cuenta no se paga puntualmente, y la oficina considera que es necesario utilizar un servicio de recolección, estoy de acuerdo con todos los gastos de cobranza razonables y honorarios de abogados, más el saldo actual de la cuenta atrasada.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

RESPONSABLE: _____ FECHA: _____

(SI NO ES EL PACIENTE)

www.caiaz.com

10238 E Hampton Ave # 501 Mesa, AZ 85209

Phone 480.889.1573

Fax 480.889.1574

C.A.I.
A Cardiovascular & Arrhythmia Institute

Póliza y Procedimientos de CAI

Nos gustaría aprovechar esta oportunidad para darle la bienvenida a nuestra oficina. El siguiente documento resume nuestras pólizas y procedimientos relacionados con nuestra póliza financiera. Por favor tómese el tiempo y lea este documento.

REQUISITOS PARA RECIBIR ATENCION MÉDICA:

El Instituto está especializado en electrofisiología y arritmias cardíacas. Creemos en brindarle la mejor atención posible y trabajando en equipo con su médico de familia, internistas, cardiólogos y cualquier otro especialista que le ayude con la última atención para llevar una vida saludable.

PAGO A EL MOMENTO DE SERVICIOS PRESTADOS: iniciales _____

El pago se requiere en el momento que se prestan los servicios. Si formamos parte de su plan de seguro, agradeceremos que cubra los copagos, los deducibles y la parte que el seguro no cubre y que corre por cuenta del paciente al momento de realizar el servicio. Esta póliza nos permite saldar su cuenta cuando el cheque del seguro llega y le ahorra el recibir numerosos estados de cuenta mensualmente. Aceptamos efectivo, cheques personales, y MasterCard o Visa. Para todos los cheques devueltos se aplicara un cargo adicional de \$ 25 que el emisor deberá pagar por cada cheque.

PROCEDIMIENTOS DE FACTURACION: iniciales _____

Al visitar nuestros consultorios para solicitar atención médica, usted asume la obligación y responsabilidad persona con respecto a su cuenta. Todos los estados de cuenta se envían mensualmente por correo postal. Le pedimos que pague los saldos todos los meses, a menos que se hayan hecho arreglos especiales, y consideramos que cualquier cuenta más de 90 días con carácter de colección.

PROCESO DE COBRANZA: iniciales _____

Si cualquier cuenta se somete al proceso de cobranza o litigio, el paciente es financieramente responsable de todos los costos que se pudiera incurrir en la recopilación de dicha cuenta, es decir, los honorarios abogado, costas judiciales, honorarios de presentación, etc.

PROCESO DE REMISION EXIGIDO POR EL SEGURO:

En el caso de cualquier plan de seguro contratado que exija la presentación de un formulario de remisión debemos solicitar que traiga dicho formulario al asistir a la cita. No esperaremos a que envíe el formulario de remisión por correo postal. Si al momento de la cita no tenemos el formulario de remisión, esta se deberá reprogramar a menos que esté dispuesto a pagar el monto total de la consulta de ese día.

C.A.I.
A Cardiovascular & Arrhythmia Institute

Póliza y Procedimientos de CAI (Continuación...)

ESTIMADOS PARA LOS TRATAMIENTOS:

Las consultas de los pacientes nuevos llevan más tiempo que las consultas de los pacientes que regresan, por lo tanto, los cargos generalmente son más elevados. No dude en consultar nuestras tarifas en la oficina cuando lo necesite. Además, es posible que deban realizarse otros exámenes y debido a esto es posible que el costo final sea superior al original.

CAMBIOS DE DIRECCION Y SEGURO:

Manténganos informados sobre los cambios de su información.

ACUERDO DE INTEGRIDAD:

Ambas partes desean tener un método para resolver situaciones de incomodidad, malentendidos o conflictos. En caso de que se presente esta situación antes mencionada favor de informarnos rápidamente en privado. Aceptamos resolver estas cuestiones mediante los procedimientos de comunicación, mediación, arbitraje establecidos en la última edición del Acuerdo de Integridad de Formularios Legales (Law Forms Integrity Agreement). (Esto no le impide de ninguna manera buscar asesoramiento legal).

NECESIDADES ESPECIALES:

Estamos aquí para ayudarle. Si usted tiene necesidades especiales o circunstancias que pueden requerir un plan de pago, por favor siéntase libre de hablar de esto con nosotros lo antes posible.

CANCELACIÓN DE CITAS:

iniciales _____

Se requiere un aviso de 24 horas antes de todas las citas programadas. Toda cita que no se cancele en un plazo de 24 horas estará sujeta a un cargo por cancelación.

Gracias por tomarse el tiempo para leer esta póliza y procedimientos de declaración. Esperamos que responda a cualquier pregunta que usted pueda tener con respecto a las pólizas financieras del Instituto.

DECLARACION DEL PACIENTE:

He leído y entendido esta declaración pólizas. Entiendo que soy financieramente responsable de los gastos incurridos y autorizo a mi compañía de seguros para pagar los beneficios a CAI. Todas mis preguntas e inquietudes han sido contestadas.

Nombre _____ **Firma** _____
(Paciente o Representante)

Fecha: _____

C.A.I.
A Cardiovascular & Arrhythmia Institute

Directiva Anticipada

Una directiva anticipada le dice a su médico qué tipo de atención le gustaría tener si no se ha podido tomar decisiones médicas (si se encuentra en estado de coma, por ejemplo). Al crear una directiva anticipada, se harán sus preferencias médicas conocidas antes de que usted afronte una enfermedad o lesión grave. Puede escribir una directiva anticipada de varias maneras:

- Utilice un formulario proporcionado por su médico familiar.
- Anote sus deseos por sí mismo.
- Llame al departamento de salud o departamento de Estado sobre el envejecimiento para obtener un formulario.
- Llamar a un abogado.
- Utilice un paquete de software para documentos legales.

Directivas anticipadas y testamentos de vida no tienen que ser documentos legales complicados. Pueden ser cortos, simples declaraciones sobre lo que desea hacer o no hacer si no pueden hablar por sí mismo. Recuerde, todo lo que escriba por sí mismo o con un paquete de software debe seguir las leyes del Estado. También puede tener escrito revisado por su médico o a un abogado para asegurarse de que sus directivas se entienden exactamente como se pretende. Cuando esté satisfecho con sus directivas, las órdenes deben ser notariadas y copias deben darse a su familia y su médico.

Es nuestra póliza pedir a cada uno de nuestros pacientes por su Directiva Anticipada, anualmente. Seleccione de la lista a continuación la opción que corresponde.

No decisión tomada en este momento

Tiene un testamento vital en archivo

No Resucitar - proporcione una copia para que tengamos el archivo

Poder - proporcione una copia para que tengamos el archivo

Directiva específica de avance - proporcione una copia para que tengamos el archivo

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Testigo (Empleado de C.A.I.)

Fecha