Prosthetic & Orthotic Solutions, LLC.

Cesión de beneficios y/o consentimiento para revelar información & HIPAA reconocimiento

(Nombre del paciente de imprenta)	Fecha De Nacimiento	MRN# (uso oficial)

Solicito el pago a Prosthetic and Orthotic Solutions, LLC. de los beneficios autorizados por Medicare, Medicaid o aseguradoras privadas en concepto de los servicios cubiertos prestados por esa entidad. De igual manera acuerdo en pagar a Prosthetic and Orthotic Solutions, LLC. la cantidad deducible y/o la parte de la cuota a mi cargo. (Prosthetic and Orthotic Solutions, LLC retiene el derecho de aceptar o no aceptar assignación, reclamo a reclamo). Autorizo a quien posea información médica sobre mi persona a revelar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) y a sus agentes, a Champus/TRICARE y a sus agentes, o a cualquier aseguradora privada la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios que deban abonarse por servicios relacionados. Entiendo y acuerdo que los siguientes cargos son mi responsabilidad: cualquier servicio calificado como "no-cubierto" por mi plan de seguro, todos los importes copago y/o co-seguro, todos los deducibles, cualquier importe que sobrepasa los limites de beneficio de mi plan de seguro y qualquier importe no cubierto por mi plan de seguro porque no haber sido miembro del plan en la fecha de servicio.	
HIPAA	**Aviso De Prácticas De Privacidad:** Usted tiene derecho a leer nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de decidir si firmar este consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago, y operaciones sanitarias, y los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información médica protegida, y de otros asuntos importantes sobre su información de salud protegida. Le recomendamos que lo lea atentamente y por completo antes de firmar este Consentimiento. **Propósito del Consentimiento:** Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para Prosthetic & Orthotic Solutions, LLC. para usar y divulgar su información médica protegida para usar y divulgar su información médica protegida.
Medicare estándares del proveedor	Los productos y / o servicios proporcionados a usted por Prosthetic & Orthotic Solutions, LLC. están sujetos a los estándares del proveedor contenidos en las regulaciones federales que se muestran en 42 Código de Regulaciones Federales Sección 424.57 (c). Estas normas se refieren a asuntos profesionales y operativos de negocios. (e.g., Honrando garantías y horas de operación.). El texto completo de estas normas se puede obtener en http://ecfr.gpoaccess.gov. Si lo solicita, le enviaremos una copia escrita de las normas.
Asignación de Beneficios	Autorizo a mi compañía de seguros a pagar los beneficios directamente a Prosthetic & Orthotic Solutions, LLC. Entiendo que es posible que mi compañía de seguros no pague los servicios que no son un beneficio cubierto o que no se consideran médicamente necesarios. También entiendo que puede haber limitaciones de beneficios con los operadores sin culpa como Pueden aplicarse deducibles y beneficios máximos. Acepto ser financieramente responsable por todos los servicios provistos por Prosthetic & Orthotic Solutions, LLC.
Comunicación	Yo autorizo Prosthetic & Orthotic Solutions, LLC. para dejar mensajes en mi teléfono de casa y teléfono celular. Además autorizo Prosthetic & Orthotic Solutions para ponerse en contacto conmigo por correo o correo electrónico.

He leído, entendido y acepto todos los términos establecidos anteriormente

Firma del paciente o del representante Fecha

De tratarse de un representante, sírvase completar la siguiente información.

Nombre en letra de imprenta:

Dirección:

Describa la facultad del representante personal para actuar en nombre el paciente. ¿Cuál es la relación con el paciente?

Prosthetic & Orthotic Solutions, LLC.

Cuestionario & Información del Paciente

MRN# (uso oficial)	

Nombre Legal Completo	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
Dirección:	Ciudad	Estado, Código Postal

Número de Teléfono Primario	Teléfono del Trabajo	Teléfono Móvil
Género	Correo Electrónico	

Estado civil legal: ☐soltero ☐casado ☐viudo ☐Divorciado

Estado de Empleo: ☐empleado ☐retirado ☐Ddiscapacitado ☐menores de 18 años ☐estudiante a tiempo completo

Si el paciente es menor de 18 años, tiene un guardián para tomar decisiones por ellos, imprima su información a continuación:

Nombre Legal	Fecha de Nacimiento	Relación
Contacto de emergencia (si es diferente)	Número de Teléfono	Relación

¿Fue referido a nosotros directamente por un médico, amigo o miembro de la familia? Si no, ¿cómo supo de nuestra práctica o vino a elegirnos para sus necesidades protésicas/ortopédicas?

Aseguranza

1	Primera Aseguranza:		ID#	
	Nombre del Asegurado (si no es uno mismo)	Fecha de Nacimiento		Relación

2	Segundo Aseguranza:		ID#	
	Nombre del Asegurado (si no es uno mismo)	Fecha de Nacimiento		Relación

3	Terciario Aseguranza:		ID#	
	Nombre del Asegurado (si no es uno mismo)	Fecha de Nacimiento		Relación

Cuestionario de Paciente

¿Está su lesión relacionada con un accidente automovilístico o una reclamación de compensación del trabajador?	☐ Yes	☐ No

¿Eres diabético?	☐ Yes	☐ No
Si es así, ¿tiene diabetes tipo I o tipo II?	☐ Tipo I	☐ Tipo II
En caso afirmativo, ¿su médico de atención primaria se ocupa de su diabetes o consulta a un endocrinólogo?	☐ PCP	☐ Endocrinólogo

Médico de Atención Primaria:	
Endocrinólogo: (si corresponde)	

Altura:	
Peso:	

Si usted es alérgico a algún material como el látex, enumérelo a continuación:

¿Ha recibido el mismo dispositivo o un producto similar al que está viendo hoy?	
Si es así, ¿cuándo recibió este dispositivo? Fecha:	
Si no recibió este dispositivo de nuestra parte, ¿qué compañía lo proporcionó?	

¿Actualmente recibe servicios de salud en el hogar?	
En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de la agencia de salud en el hogar? (i.e. Hartford Health at Home, Baystate VNA, Cooley VNA)	

¿Reside actualmente en un centro de rehabilitación o enfermería especializada?	
En caso afirmativo, ¿que facilidad?	

¿Actualmente vas a Wound Care? Cuidado de heridas	
Si es así, que facilidad? (i.e. Advanced Wound Care, HMC Wound Care)	

Certifico que las respuestas a las preguntas anteriores y la información proporcionada son verdaderas, precisas y completas.

Firma del paciente o del representante Fecha

De tratarse de un representante, sírvase completar la siguiente información:

Nombre en letra de imprenta:

Dirección:

Describa la facultad del representante personal para actuar en nombre el paciente. ¿Cuál es la relación con el paciente?