COOPERATIVE HEALTHCARE SERVICES, INC.

Cooperative Healthcare Services, Inc.
Formulario de Información y Autorización del Paciente

Fecha:_____

Información del Paciente

Apellido:_____ Nombre:_____ Inicial Segundo Nombre: _____

Sexo: Masculino o Femenino Nº de SS:_____ Fecha de Nac.: ____/____/_____ Edad: ____

Raza: Negro o Afroamericano/ Amerindio o Nativo de Alaska / Caucásico / Hispano / Islas del Pacífico o Hawaiano

Dirección Postal:_____ Ciudad/ Estado:_____ Código Postal:_____

Número de teléfono principal: _____ Número de teléfono alternativo: _____

Dirección Alternativa:_____ Ciudad/ Estado:_____ Código Postal _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Estado Civil: Soltero(a) / Casado(a) / Divorciado(a)/ Viudo(a)/ Concubino(a) Idioma Preferido: _____

Condición de Empleo: Tiempo Completo/ Tiempo Parcial / Estudiante/ Trabajador Independiente/ Desempleado/

Servicio Activo / Licencia Médica / Desconocido / Retirado: En caso de ser Retirado, Fecha del Retiro: _____

Empleador del Paciente / (si es un estudiante, nombre de la escuela) _____

Dirección del Empleador _____

Teléfono: _____

¿A quién deberíamos agradecerle por haberlo(a) derivado con nosotros? _____

Médico de la Familia:_____ Teléfono: _____

Cónyuge o Padre/ Madre/ Tutor

Relación con el paciente: _____ Nombre del cónyuge o Tutor:_____

Fecha de Nacimiento _____/_____/_____ Nº de SS: _____ Nº de Teléfono:_____

Dirección: _____

Empleador: _____

Teléfono del Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

SIN LA SIGUIENTE INFORMACIÓN, NO PODEMOS PRESENTAR NINGUNA SOLICITUD DE PAGO Y USTED DEBERÁ HACERSE CARGO DE LA FACTURA EL DÍA DEL SERVICIO

Información del Seguro Principal

Nombre del Seguro _____

Nombre del Titular _____ Relación del titular con el paciente:_____

Nº de SS del titular _____ Fecha de Nac. del titular _____/____/____

Número de Póliza _____ Número de Grupo _____

Empleador _____

Información del Seguro Secundario

Nombre del Seguro _____

Nombre del Titular _____ Relación del titular con el paciente:_____

Nº de SS del titular _____ Fecha de Nac. del titular _____/____/____

Número de Póliza _____ Número de Grupo _____

Empleador _____

Contacto según establece la ley HIPAA

Información acerca de la persona que usted desea que reciba resultados de análisis, información médica o de facturación en su nombre:

Nombre: _____ Relación con usted: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Nº de Teléfono de la Casa: _____

Reconozco que esta autorización HIPAA permanecerá vigente hasta que presente notificación por escrito para cambiarla.

_____ _____ _____/_____/_____

Nombre en imprenta (PADRE/MADRE O TUTOR, SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18) Firma Fecha

Contacto de Emergencia

Contacto de Emergencia (Familiar o amigo que no viva con usted) _____ Teléfono: _____

El contacto de emergencia no tendrá acceso a su información médica a menos que usted lo incluya como contacto HIPAA tal como en el párrafo precedente.

Portal del Paciente

Cooperative Healthcare Services, Inc. y Southeast Georgia Health System han creado un portal para el paciente, mySGHShealthconnection, donde usted puede acceder a su información médica en línea, en cualquier momento.

¿Desea registrarse para el Portal del Paciente mySGHShealthconnection? ☐Sí ☐No

Si su respuesta es “sí”, todo lo que necesitamos es su dirección de correo electrónico para configurar su cuenta personal segura y usted podrá acceder a información médica importante cuando así lo desee. Por favor, complete su dirección de correo electrónico y le enviaremos una invitación.

Dirección de Correo Electrónico: _____

Políticas de Autorizaciones y Pagos de Cooperative Healthcare Services, Inc.

Nos esforzamos por brindarle la mejor atención y servicio posibles y deseamos que comprenda nuestras políticas financieras.

Los pagos deben efectuarse al momento de recibir el servicio, a menos que se haya acordado previamente de otro modo. Aceptamos dinero en efectivo, cheques personales, VISA y MasterCard.

En cada visita, se le solicitará que confirme su información demográfica y la de su seguro. Si bien esto podría parecer innecesario, nos permite mantener nuestros registros actualizados.

La cobertura de su seguro constituye un contrato entre usted y su compañía de seguro. Como gentileza, nosotros presentaremos su solicitud de cobertura siempre y cuando usted proporcione toda la información pertinente. Sin embargo, si su compañía de seguro no realiza el pago dentro de un período razonable, usted será responsable del pago. Esto incluye los cargos asociados a reclamos controvertidos de compensación del trabajador. Si con posterioridad recibimos un cheque de su asegurador, le reembolsaremos cualquier dinero que haya pagado de más.

Nosotros tenemos participación en numerosos planes de seguros médicos para aceptar una asignación de beneficios. Nosotros les facturaremos a ellos; sin embargo, es posible que usted deba abonar un copago. **Cuando así sea, nosotros le cobraremos a usted el copago al momento de su visita.**

Si usted cuenta con una cobertura de seguro a través de un plan en el que nosotros no participamos, los costos de su atención deben ser pagados al momento de recibir el servicio.

Ciertos servicios no tienen cobertura en todos los planes de seguros. En el caso de que su plan determine que un servicio “no está cubierto”, usted será responsable del costo completo. El pago deberá efectuarse al recibir el estado de cuenta de nuestra oficina.

A veces, es necesario enviar algunas muestras a algún laboratorio de referencia para realizar pruebas, ya que nosotros sólo prestamos los servicios básicos de laboratorio. Si se le brindan esos servicios, usted recibirá una factura por separado del laboratorio de referencia. Además, usted recibirá facturas por separado asociadas a internaciones hospitalarias, anestesia, patología y radiología. Todas las preguntas acerca de la facturación deberán ser dirigidas a la institución que le haya enviado esa factura.

Por todos los servicios provistos en el hospital, nosotros le facturaremos a su seguro y usted será responsable de cualquier saldo.

AUTORIZACIÓN Y ACUERDO PARA TRATAMIENTO

POR LA PRESENTE, EL ABAJO FIRMANTE MANIFIESTA RECONOCER Y ACEPTAR LAS SIGUIENTES PAUTAS CON RESPECTO AL TRATAMIENTO QUE SE LE BRINDARÁ AL PACIENTE CUYO NOMBRE FIGURA EN EL PRESENTE FORMULARIO:

CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO: Entiendo que el tratamiento médico resulta necesario para el paciente y que dicha atención médica, tratamiento y procedimientos serán llevados a cabo por empleados de Cooperative Healthcare Services, Inc. Por medio de la presente, doy mi autorización y consentimiento para dicho tratamiento y sus procedimientos, y certifico que no se han dado garantías ni seguridad en cuanto a los resultados que puedan obtenerse.

ACUERDO ACERCA DEL PAGO POR LOS SERVICIOS: Por la atención y el tratamiento prestados al paciente y en consideración de ellos, me comprometo a pagar todos los importes correspondientes al coseguro y a los cargos no cubiertos por los servicios provistos al momento de la atención. También acepto que seré personalmente responsable de los costos legales en los que se incurra en los intentos por cobrar cualquier deuda que yo pueda acumular con Cooperative Healthcare Services, Inc.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA: Por la presente, autorizo a Cooperative Healthcare Services, Inc. a revelar mi información médica en conexión con estos servicios para los fines del seguro médico o al médico personal del paciente o a un médico al que fuera derivado. Autorizo, mediante mi firma al pie, el pago directo de todos los beneficios a Cooperative Healthcare Services, Inc. y autorizo la presentación de formularios del seguro con esta firma en archivo. También entiendo que mis registros podrían ser compartidos dentro de Southeast Georgia Health System cuando resulte necesario para la coordinación de mi atención; y que los resultados de las pruebas de laboratorio y/ o de diagnóstico podrían ser enviados por correo electrónico directamente a mí.

OBSERVACIÓN O ASISTENCIA POR PARTE DE ESTUDIANTES O REPRESENTANTES DE FÁBRICAS O DE COMPAÑÍAS: Por la presente, doy mi consentimiento para que estudiantes, incluyendo miembros de la universidad, residentes, estudiantes para asistentes médicos, estudiantes de medicina, internos, asistentes médicos, estudiantes de enfermería clínica o técnicos y representantes de fabricantes o de empresas puedan observar y prestar asistencia en los procedimientos que se llevarán a cabo en Cooperative Healthcare Services, Inc.

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Reconozco que he tenido la oportunidad de recibir la Notificación de Prácticas de Privacidad de Southeast Georgia Health System/ Cooperative Healthcare Services, Inc. Al revisar esta notificación, también reconozco haber tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de la notificación y de su contenido.

HE LEÍDO LOS RECONOCIMIENTOS Y ACUERDOS PRECEDENTES Y LOS COMPRENDO EN SU TOTALIDAD.

Firma del Paciente_____ Nombre en letra de imprenta_____

(PADRE, MADRE O TUTOR, SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18) (PADRE, MADRE O TUTOR, SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18)

Fecha: _____ Permiso Telefónico para Tratamiento Otorgado por: _____

Testigo: _____ 2º Testigo:_____

COOPERATIVE HEALTHCARE SERVICES, INC.

Cooperative Healthcare Services, Inc.
Declaración de Responsabilidad Financiera

Gracias por elegir **Cooperative Healthcare Services, Inc.** para atender sus necesidades médicas. Nuestro compromiso es poder brindarle atención médica de la más alta calidad. Le solicitamos que lea y firme el presente formulario como reconocimiento de que comprende nuestras políticas financieras acerca de los pacientes.

Responsabilidades Financieras del Paciente

- El paciente (o su tutor, en el caso de tratarse de un menor) es, en última instancia, el responsable del pago del tratamiento y de la atención. **El pago se efectúa al momento de recibir el servicio, a menos que se haya acordado de otro modo con anterioridad. Nosotros aceptamos dinero en efectivo, cheques personales, VISA y MasterCard.**
- **Los copagos se efectúan al momento de registrarse, antes de recibir los servicios.**
- Nosotros le facturaremos a su seguro. Sin embargo, el paciente debe proporcionar información correcta y lo más actualizada posible acerca de su seguro.
- Los pacientes son responsables del pago del coseguro, de los deducibles y de todos los demás procedimientos para los tratamientos que no tengan cobertura en el plan de su seguro.
- Los pacientes podrían incurrir en cargos adicionales y son responsables del pago de los mismos, cuando corresponda. Estos cargos podrían incluir:
    - Cargos por cheques rechazados: $30,00.
- No todos los planes de seguro cubren determinados servicios. En el caso de que su plan determine que un servicio “no está cubierto”, usted será responsable de la totalidad del costo. El pago deberá efectuarse al recibir un estado de cuenta de nuestra oficina.
- Es posible que sea necesario enviar algunas muestras a un laboratorio de referencia para su análisis, ya que nosotros sólo prestamos los servicios básicos de laboratorio. Si se le proveen dichos servicios, usted recibirá una factura por separado del laboratorio de referencia. Además, usted recibirá facturas por separado por servicios asociados a internaciones hospitalarias, anestesia, patología y radiología. Todas las preguntas y las inquietudes acerca de esas facturas deberán dirigirse a la institución de la que haya recibido la factura.

Mi firma al pie indica que, por la presente, autorizo la asignación de beneficios financieros directamente a **Cooperative Healthcare Services, Inc.** y a toda entidad de atención médica asociada por los servicios que se presten en mi nombre. Entiendo que soy responsable de cualquier saldo pendiente.

He leído, comprendo y acepto las disposiciones del presente Formulario de Responsabilidad Financiera del Paciente:

Nombre Completo del Paciente | Fecha de Nacimiento

X

Firma del Paciente o del Tutor Legal | Fecha

COOPERATIVE HEALTHCARE SERVICES, INC.

Cooperative Healthcare Services, Inc.
Política de Cancelación y de No Presentarse

Nuestro objetivo es poder proveer atención médica de calidad de manera oportuna. Para poder lograrlo, hemos implementado una política de citas y cancelaciones. Si usted no va a poder presentarse a su cita, por favor, comuníquese con nosotros con un mínimo de 24 horas de anticipación para reprogramarla.

La cancelación apropiada de una cita implica comunicarse con el personal de la oficina de atención al público o dejar un mensaje en la casilla general de correo de voz antes de las 10:00 a.m., un (1) día hábil antes del momento de la cita. Si un paciente no cumple con el hecho de proporcionar la debida notificación durante tres veces en un período de 12 meses, podría ser excluido de la atención médica.

He leído y comprendo la información y acepto los términos aquí descritos:

X _____

Firma del Paciente o Tutor Legal Fecha