

Paciente Nuevo  Actualizacion

Arizona Advanced Surgery

**INFORMACION DEL PACIENTE**

APELLIDO		NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEGURO SOCIAL	
DOMICILIO			CIUDAD	ESTADO		CODIGO POSTAL	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
TELEFONO DE CASA	CORREO ELECTRONICO		TELEFONO CELULAR		ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> OTRO		
NOMBRE Y NUMERO DEL DOCTOR DE REFERENCIA					NOMBRE Y NUMERO DEL DOCTOR DE CABECERA		
COMO SE ENTERO ACERCA DE NOSOTROS: <input type="checkbox"/> REFERENCIA MEDICA <input type="checkbox"/> INTERNET <input type="checkbox"/> RECOMENDACION DE OTRO PACIENTE <input type="checkbox"/> PACIENTE ANTERIOR <input type="checkbox"/> PACIENTE ACTUAL <input type="checkbox"/> FOLLETO <input type="checkbox"/> SEGURO <input type="checkbox"/> OTRO							

**OBLIGATORIO POR REGLAS NUEVAS DE CMS**

<b>IDIOMA</b> <input type="checkbox"/> INGLES <input type="checkbox"/> ESPANOL <input type="checkbox"/> RUSO <input type="checkbox"/> CRIOLLO <input type="checkbox"/> OTRO _____	<b>ETNICIDAD</b> <input type="checkbox"/> LATINO/HISPANO <input type="checkbox"/> NO LATINO/ HISPANO	<b>RAZA</b> <input type="checkbox"/> ASIATICO <input type="checkbox"/> NATIVOS DE HAWAI <input type="checkbox"/> OTRO ISLENOS DEL PACIFICO <input type="checkbox"/> NEGRO/AFRICANO AMERICANO <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NIEGA RESPUESTA
--	--	--

**INFORMACION DE REPRESENTANTE (responsabilidad financiera)**

APELLIDO				NOMBRE				TELEFONO DE CASA			
DOMICILIO		CIUDAD		ESTADO		CODIGO POSTAL		SEGURO SOCIAL			
EMPRESA			OCCUPACION					NUMERO DE TRABAJO			
DIRECCION DE EMPLEO		CIUDAD		ESTADO		CODIGO POSTAL		RELACION CON LA PARTE RESPONSABLE: <input type="checkbox"/> MISMO <input type="checkbox"/> CONYUGE <input type="checkbox"/> NINO/NINA <input type="checkbox"/> OTRO			

**INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

NOMBRE DE FAMILIAR, AMIGO O PERSONA CERCANA				TELEFONO			
---	--	--	--	----------	--	--	--

**FARMACIA**

NOBRE Y UBICACION				TELEFONO			
-------------------	--	--	--	----------	--	--	--

**INFORMACION DE SEGURO MEDICO**

<b>SEGURO PRIMARIO</b>		<b>NOMBRE Y SEGURO SOCIAL DE SUSCRIPTOR</b>				<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>			
NUMERO DE GRUPO		NUMERO DE IDENTIFICACION							
DIRECCION		CIUDAD		ESTADO		CODIGO POSTAL		TELEFONO	
<b>SEGURO SECUNDARIO</b>		<b>NOMBRE Y SEGURO SOCIAL DE SUSCRIPTOR</b>				<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>			
NUMERO DE GRUPO		NUMERO DE IDENTIFICACION / POLITICA							
DIRECCION		CIUDAD		ESTADO		CODIGO POSTAL		TELEFONO	

**CONSENTIMIENTO DE BENEFICIOS Y REVELACION DE INFORMACION**

**Consentimiento de Beneficios**

He leído, y estoy de acuerdo he firmado la poliza financiera de Arizona Advanced Surgery. Yo estoy de acuerdo y sere responsable por cualquier balance que no sea pagado por cualquier razon. Yo estoy de acuerdo y autorizo pago directo a Arizona Advanced Surgery por cualquier beneficio medico recibido por Arizona Advanced Surgery.

X \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Tutor legal Fecha

**Revelacion de Informacion**

Autorizo a Arizona Advanced Surgery a revelar mi informacion medica a la compañía de seguro medico y/o a mi doctor de cabecera por el proposito de procesar los reclamos medicos. Esta autorizacion debe permanecer efectiva por el tiempo que los cargos sean sometidos a el seguro medico o por lo que dicte el responsable del pago.

X \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Tutor legal Fecha

Información de contactos

Puedo ser contactado de la siguiente manera(

Se puede dejar un mensaje con información detallada:	Casa	Trabajo	Celular	No
Se puede dejar mensaje con número de contacto para atras:	Casa	Trabajo	Celular	No
Se puede enviar un correo a:	Casa	Trabajo		
Se puede enviar información por fax a:	Casa	Trabajo		

Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

La información puede quedar conmigo o con las siguientes personas:

\_\_\_\_ Esposo/ esposa                      Nombre y Feche de Nacimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Orta Persona                      Nombre y Feche de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Polisas de la oficina**

Iniciales

**Registros Médicos**

Cuando se soliciten copias de los registros médicos que por favor espere 48 a 72 horas de trabajo para procesar.

**Formas de discapacidad:**

Habrà una conclusión \$ 20.00 y tasa de tramitación de todas las formas que necesitan ser completado relacionados con la discapacidad. Por favor, también permiten a 48-78 horas para estos.

**Cancelación de oficina / cambios de citas**

Si usted cancelar o reprogramar una visita al consultorio más de 2 veces con la notificación a nuestra oficina por lo menos 24 horas de antelación, que se dará a conocer de nuestra práctica y ya no será capaz de proveer cuidado para usted.

**Cancelaciones de Cirugía / Cambios de citas**

Si va a someterse a una colonoscopia, un procedimiento o una cirugía de cualquier tipo y necesita cancelar o reprogramar, puede estar sujeto a una tarifa de reprogramación de la cirugía de \$ 100.00.

**Reconocimiento Confidencial** \_\_\_\_\_

**original que se mantuvo en los pacientes permanente los registros medicos**

Reconozco que la Comunicación de la oficina de prácticas de privacidad se ha puesto a mi disposición.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona legalmente autorizada      Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre                      Relación (sí, padre, tutor, etc)



### **Políticas Financieras**

Gracias por elegir Arizona Advanced Surgery para sus necesidades quirúrgicas. Estamos comprometidos a proporcionarle la atención médica de la más alta calidad. Manteniendo una buena cadena de las relaciones médico-paciente es nuestra meta primaria. Los pacientes son en última instancia responsables de los caracteres asociados con su cuidado. Nos damos cuenta de que tiene opciones para su atención médica y apreciamos que elija Arizona Advanced Surgery.

### **Responsabilidades del paciente**

Puede ayudar a garantizar una experiencia eficiente ayudando con lo siguiente:

- Proporcionándonos su identificación con foto, tarjeta(s) de seguro y número de Seguro Social para que podamos presentar sus reclamos de manera oportuna y precisa
- Conocer los beneficios y limitaciones de su seguro
- Asegurarse de que haya una autorización para que nuestros proveedores lo traten si lo requiere su seguro, incluida la obtención de una referencia
- Proporcionarnos copias de los registros médicos solicitados, incluidas las pruebas y los rayos X
- Pagar su porción estimada de los cargos en el momento del servicio y pagar cualquier cantidad adicional adeudada a su vencimiento
- Proporcionándonos al menos un aviso con 48 horas de anticipación en caso de que necesite cancelar o reprogramar una cita en la oficina para evitar una tarifa de \$25.00
- Proporcionándonos al menos un aviso con 72 horas de anticipación en caso de que necesite cancelar o reprogramar un procedimiento / cirugía para evitar una tarifa de \$ 250.00

Tenga en cuenta que los copagos, el coaseguro y los deducibles son un acuerdo contractual entre usted y su compañía de seguros. No podemos cambiar ni negociar estas cantidades.

### **Pacientes asegurados**

Para la comodidad de nuestros pacientes, participamos en la mayoría de los principales planes de salud y tenemos contratos con muchas HMO, PPO, compañías de seguros y agencias gubernamentales, incluyendo Medicare y Medicaid (AHCCCS). Nuestra oficina de negocios presentará reclamos por los servicios prestados a un paciente que es miembro de uno de estos planes y lo ayudará de cualquier manera que podamos razonablemente para ayudar a que se paguen sus reclamos.

Es responsabilidad del paciente proporcionar toda la información necesaria en el momento en que se programe la cita. Si tiene un seguro secundario, presentaremos automáticamente un reclamo con ellos tan pronto como el transportista principal haya pagado. Es posible que su compañía de seguros necesite que proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Si usted está asegurado por un plan, contratamos con pero no tenemos una tarjeta de seguro con usted, se requiere el pago completo para cada visita hasta que nos proporcione una copia de la tarjeta y su cobertura pueda ser verificada.

### **Nueva póliza efectiva 2021 Tarjeta de crédito en el archivo para copagos / deducibles / coaseguro**

Se le pedirá que deje una tarjeta de crédito en el archivo para ser administrada después de que su seguro haya procesado su reclamo por cualquier saldo pendiente, negarse a hacer esto resultará en que usted pague su responsabilidad estimada del paciente, como copago, coaseguro y / o montos deducibles según lo requiera su compañía de seguros en el momento de su cita.

Su compañía de seguros requiere que cobremos el copago en el momento del servicio. La exención de copagos puede constituir fraude bajo las leyes estatales y federales. **Algunas de nuestras oficinas no** aceptan dinero en efectivo o **cheques, pero otras sí.** Aceptamos las siguientes tarjetas de crédito: Visa, Master Card, Discover y American Express. Si no tiene su copago cuando está en su cita, puede ser reprogramado.

### **cirugía**

Si se indica la cirugía, nuestra oficina cobrará como pago anticipado cualquier deducible y / o coaseguro restante que pueda tener antes de su cirugía o se le pedirá que deje una tarjeta de crédito en el archivo para que se ejecute después de que su seguro haya procesado su reclamo. Su costo de bolsillo se estima en función de sus beneficios y nuestras tarifas. La anestesia, las instalaciones y otros proveedores son tarifas separadas. Nuestra oficina le proporcionará una notificación por escrito detallando los cargos anticipados para **su cirujano SOLAMENTE.** Si su deducible restante no se aplica a nuestro reclamo por parte de su compañía de seguros, aparecerá un crédito en su cuenta y se procesará un reembolso de inmediato.

### **Accidentes automovilísticos (MVA) asegurados y pacientes de terceros**

No extendemos descuentos por accidentes asegurados por MVA, reclamos de seguros de terceros o en otros casos en los que los pacientes pueden ser reembolsados en su totalidad. Facturaremos a la compañía de seguros MVA una vez; la factura se convierte en su responsabilidad si no es pagada por el transportista en 30 días. Lamentamos que no estemos en condiciones de consultar con abogados o diferir las obligaciones de pago mientras se resuelve un caso.

### **Compensación de los trabajadores**

Si su visita está relacionada con el trabajo, necesitaremos el número de caso, la fecha de la lesión, el nombre del trabajador social, el nombre del transportista y el número de teléfono antes de su visita para facturar a la compañía de seguros de compensación para trabajadores. Si su reclamo aún no es aceptado, le facturaremos a su seguro privado y si se espera el pago completo sin seguro.

### **Otros cargos**

No Show - Por favor, proporcione a nosotros con al menos **48 horas** de anticipación de aviso si necesita cancelar o reprogramar una cita de oficina. **Las cancelaciones de procedimientos/cirugías** requieren un aviso previo de **72 horas.** La falta de cancelación de

unacita en la oficinaestará sujeta a una tarifa de \$ **25.00** y la falta de cancelación de una cirugía /  
procedimiento programado estará sujeta a una tarifa de \$ **250.00**.

**Formas**

Puede haber un cargo de \$ 25.00 asociado con nuestra finalización de formularios. Requeriremos el pago antes de devolverle el formulario completo. También puede ser necesaria una divulgación de información firmada. Por favor, espere 5 días hábiles para que completemos los formularios.

**Opciones de pago :** solo aceptamos las siguientes tarjetas de crédito / débito visa, master card, discover y American Express, aceptaremos cheques como forma de pago después de que su seguro haya procesado su reclamo y reciba un estado de cuenta que indica que tiene un saldo adeudado. Cobramos una tarifa NSF de \$ 40.00 por cualquier cheque devuelto.

**Cuentas morosas** - Permitimos 30 días a partir de la fecha de presentación para que una compañía de seguros procese y /o pague un reclamo. La ley de Arizona permite que las compañías de seguros que operan en el estado no más de 30 días procesen reclamos. Es su responsabilidad proporcionar a su compañía de seguros la información solicitada necesaria para procesar un reclamo. Podemos asignar una cuenta a cobros si los saldos no se pagan después de 60 días. A los pacientes asignados a las colecciones se les pueden negar servicios adicionales. Los saldos de los pacientes se facturan inmediatamente después de recibir el pago de su compañía de seguros o la recepción de la Explicación de Beneficios (EOB, por sus, por sus familiares). Su remesa vence dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción de su factura.

**Arreglos de pago alternativos** - Si no puede pagar su saldo a su vencimiento, comuníquese con nuestro Central Business Office al 602-649-2007 para hacer arreglos alternativos. A cualquier paciente con una cantidad vencida se le puede negar el servicio adicional hasta que se pague la cantidad o el paciente esté cumpliendo con un acuerdo de pago alternativo.

**Deudas incobrables anteriores** - Los pacientes, que previamente nunca han satisfecho sus obligaciones de pago por episodios anteriores de atención con Arizona Advanced Surgery, deberán pagarlos en su totalidad antes de recibir atención adicional.

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Doctor Primario \_\_\_\_\_

**Medicamentos que tome actualmente**

Medicamento	Cantidad

**Historial Medico:**

EPOC	Si o No	Convulsiones	Si o No	Accidente Cerebrovascular	Si o No
fibrilación auricular	Si o No	Diabetes	Si o No	Hepatitis	Si o No
Enfermedad del Rinon	Si o No	Enfermedad Del Hgado	Si o No	VIH	Si o No
Ataque al Corazon	Si o No	Enfermedad De Tiroides	Si o No	Depresion	Si o No
Alta Presion	Si o No	Asma	Si o No	Ansiedad	Si o No
Artritis	Si o No	Usa Anticoagulante? (aspirina/Plavix/Coumadin/Eliquis)?	Si o No	Apnea Del Sueno	Si o No
Ah tomado Esteroides en el ultimo ano ?			Si o No		

**Allergias ah algun Medicamento:**

Medicamento	Tipo de Reaccion

**Cirugias Previas:**

Cirugia	Fecha y Razon por la Cirugia

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Historial Familiar:**

Enfermedad (porfavor Circule)	Miembro(s) de Familia
Polipos De Colon	
Cancer De Colon/Recto	
Cancer De Seno/Ovario/Estomago	
Colitis Ulcerosa/Crohn	

**Historial Social:**

Por favor circular SI o NO a lo siguiente, si es un SI, Porfavor incluya detalles

Fuma tobacco Actualmente, oh ah fumado anteriormente?	Si o No	Cuanto por dia? Por Cuantos Anos? Cuando dejo de fumar?
Toma bebidas con alcohol?	Si o No	
Consume Drogas "illegales" ?	Si o No	
Orientacion Sexual (porfavor circule)	Heterosexual    Homosexual Bisexual        Asexual	
Usa Marijuana Medica?	Si o No	

**Past Medical and Surgical History**

Fecha de su ultima Colonoscopia: \_\_\_\_\_



Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Resumen de Sistemas- Porfavor circule las cosas relacionadas ah su Salud.

**General**

Perdida de Peso                      Fatiga                                      Fiebre

**Piel**

Rosado/sores                      Lesiones                                      Comezon  
Quemazon

**HEENT**

Dolor de oidos                      Vertigo                                      Perdida de audiciencia en los oidos  
Lentes/Contactos                      Dolor de ojos                                      Doble Vision  
Glaucoma                                      Catarata                                      Alergia al Polen  
Ronchas/Eczema                      VIH/SIDA

**Respiratorio**

Falta de Respiracion                      Toser Sangre                                      Wheezing  
Asthma                                      Escalofrios

**Cardiovascular**

Dolor de Pecho                      Palpitaciones                                      Hypertension  
Desmayos                                      Tobillos Inchados/other \_\_\_\_\_

**Gastrointestinal**

Acidez                      Nausea/Vomito/                                      Dificultad al Tragar Comida/Saliva  
Jaundice

**Genitourinary**

Dolor al Orinar                      Picazon                                      Frequency  
Dificultad al Orinar                      Sangre en la Orina                                      Desecho Abnormal  
Infeccions Transmitidas Sexualmente:

**Mujeres:**                      Vaginal discharge                                      #Embarazos \_\_\_\_\_  
#Vivos \_\_\_\_\_                      #Aborto Espontaneo \_\_\_\_\_  
#Partos Vaginales \_\_\_\_\_                      #Cesareas \_\_\_\_\_  
Fecha de su ultimo Papanicolaou \_\_\_\_\_

**Musculoskeletal**

Arthritis                                      Claudication

**Neurological**

Ataques Epilepticos                      Weak/Paralysis                                      Entumecimiento  
Perdida de la memoria

**Psychiatric**

Insomnio                      Ansiedad                                      Depression

**Endocrine**

Perdida de cabello                      Problemas con el Calor/Frio                                      Cambio en sus unas:  
Diabetes                                      Problemas de la Tiroide

**Hematology**

Moretones                                      Sangrado de ensillas                                      Glandulas Agrandadas

Sangrado Prolongado