



Two Institutes • One mission

▼ 01 - INFORMACION DEL PACIENTE ▼

¿Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

DIRECCIÓN PRIMARIA (AZ): \_\_\_\_\_  
Domicilio Ciudad Estado Código Postal

SEGUNDA DIRECCION: \_\_\_\_\_  
Domicilio Ciudad Estado Código Postal

TELÉFONO DEL HOGAR: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

\*CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_ ACCESO AL PORTAL DEL PACIENTE: Si No (Circule Uno)

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social (o SIN) : \_\_\_\_\_  
Mes Dia Año

ORIGEN ETNICO:  Hispano / Latino  No Hispano / Latino  Desconocido GÉNERO:  Masculino  Femenino

RAZA:  Indio Americano / Nativo de Alaska  Negro / Afroamericano  Asiático  Blanco / Caucásico  Otra Raza  Desconocida  
 Nativo Hawaiano / Isleño del Pacifico

ESTADO CIVIL:  Soltero  Casado  Legalmente Separado  Divorciado  Viudo  Compañero de vida  Otra Relación

NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: \_\_\_\_\_

MÉDICO REFERENTE: \_\_\_\_\_

FARMACIA: \_\_\_\_\_

(Si usted es el paciente, marque aquí  y prosiga a la información de seguro)

NOMBRE DEL GARANTE: \_\_\_\_\_ GÉNERO:  Masculino  Femenino  
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL PACIENTE:  Padres  Cónyuge  Empleador  
Mes / Dia / Año  Hijo/a  Compañero de vida  otro \_\_\_\_\_

▼ INFORMACION DE LA POLITICA DE SEGURO ▼

SEGURO PRIMARIO: \_\_\_\_\_ FECHA DE EFECTIVIDAD: \_\_\_\_\_

#DE IDENTIDAD DE LA POLÍTICA: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE GRUPO: \_\_\_\_\_

SEGURO SECUNDARIO: \_\_\_\_\_ FECHA DE EFECTIVIDAD: \_\_\_\_\_

#DE IDENTIDAD DE LA POLÍTICA: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE GRUPO: \_\_\_\_\_

▼ ACUERDO DE SEGURO ▼

†Al firmar a continuación, doy permiso para tratarme a mí y/o a mis dependientes según sea necesario. Entiendo que mi compañía de seguros puede ayudarme a pagar todos los costos médicos, pero que en última instancia soy responsable de todos los servicios médicos prestados, y si es necesario, acepto pagar todos los honorarios de cobranza razonables y habituales y / o honorarios de abogados en los que se pueda incurrir debido a cualquier cuenta morosa que pueda tener.

†Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar el reclamo a mi compañía de seguros. Además, autorizo el pago de beneficios médicos directamente a mi médico por los servicios prestados.

† \_\_\_\_\_ FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**02 - SÍNTOMAS ACTUALES DEL PACIENTE - REVISIÓN DE LOS SISTEMAS**
*¿Tiene actualmente o ha tenido recientemente alguno de los siguientes síntomas?*
**CARDIOVASCULAR**

Hipertensión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Malestar en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sensación de aleteo en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Latidos del corazón omitidos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Hinchazón en tobillos / pies	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Venas varicosas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**CONSTITUCIONAL**

Pérdida de peso significativa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Aumento significativo de peso	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Fiebre inexplicable	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**ENDOCRINO**

Problema de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
----------------------	-----------------------------	-----------------------------

**OIDO / NARIZ / BOCA / GARGANTA**

Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Garganta seca y ronca	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**OJOS**

Visión borrosa / doble	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cataratas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**GASTROINTESTINAL**

Indigestión / Náuseas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Diarrea	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**GENITOURINARIO**

Pérdida del control de la vejiga	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**HEMATOLOGIA / LINFATICO**

Masas / bultos en los senos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ganglios linfáticos agrandados	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Moretones inexplicables	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**INTEGUMENTARIO**

Erupción cutánea	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
------------------	-----------------------------	-----------------------------

**MUSCULOESQUELÉTICOS**

Artritis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Debilidad muscular	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dolor en las piernas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**NEUROLÓGICOS**

Dolores de cabeza / migrañas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Pérdida de memoria	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas del habla	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Mareos / Desmayos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**PSICOLÓGICO**

Depresión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Estrés alto / inusual	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Trastorno alimenticio	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**RESPIRATORIO**

Asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tos crónica	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sibilancias	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Historia de la Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Fiebre del valle	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

 \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PACIENTE

 \_\_\_\_\_  
 FECHA



Two Institutes • One mission

### 03 - HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Por favor, marque todos los problemas médicos que tiene ahora o ha tenido en el pasado:

Cardiopatía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Trastornos de sangrado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad intestinal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Asma/ Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Hipertensión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas de anestesia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Fiebre del valle / TB	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

*En caso afirmativo, escriba que tipo de Cáncer:*

### PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y OPERACIONES

Por favor, enumere todos los procedimientos quirúrgicos y operaciones anteriores, incluyendo las fechas para cada uno:

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS / OPERACIONES

FECHA

VISITAS RECIENTES AL HOSPITAL / IMÁGENES

FECHA


### ANTECEDENTES FAMILIARES DEL PACIENTE

¿Alguien en su familia biológica inmediata ha tenido alguna vez alguno de los siguientes?  
*(Abuelos, Padres, Hermanas y / o Hermanos)*

Enfermedad Cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<i>En caso afirmativo, ¿quién?</i>		
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<i>En caso afirmativo, ¿quién?</i>		
Trastornos hemorrágicos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<i>En caso afirmativo, ¿quién?</i>		
Insuficiencia renal / riñón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<i>En caso afirmativo, ¿quién?</i>		
Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<i>En caso afirmativo, ¿quién?</i>		

Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<i>En caso afirmativo, ¿quién?</i>		
Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<i>En caso afirmativo, ¿quién?</i>		
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<i>En caso afirmativo, ¿quién?</i>		
Fiebre del valle / TB	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<i>En caso afirmativo, ¿quién?</i>		
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<i>En caso afirmativo, ¿quién? y ¿Tipo de Cáncer?</i>		

\*Por favor, informe a nuestro personal de oficina de cualquier Testamento Viviente, Directiva Avanzada o pautas de No Resucitar que pueda tener y suministrar a nuestra oficina una copia para sus registros.

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA



# HIPAA Patient Consent Form

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

Nuestro aviso de practicas de privacidad proporciona información sobre como podemos usar y divulgar informacion de salud protegida sobre usted. El aviso contiene la Seccion de Derechos del Paciente que describe sus derechos según la ley. Tiene usted el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar el consentimiento. Los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia revisada contactando nuestra oficina.

Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos como se emite o divulga la información de salud protegida sobre usted para tratamiento, pago o operaciones de atención medica. No estamos obligados a aceptar esta restricción: sin embargo, si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. Al firmar este formulario, usted consiente nuestro uso y divulgación de información de salud protegida sobre usted para tratamiento, pago y operaciones de atención medica. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, tal revocación no afectara ninguna divulgación de consentimiento previa, autorizada por usted. EVH proporciono este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) de 1996.

**Lo siguiente ha sido reconocido y entendido por el paciente y/o la parte responsable:**\*La información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago o operaciones de atención medica.

\*EVH tiene un aviso de practicas de privacidad disponible para que el paciente lo revise a solicitud del paciente.

\*EVH se reserva el derecho de cambiar el aviso de practicas de privacidad.

\*El paciente tiene el derecho a restringir el uso de la información de salud del paciente; sin embargo, EVH no esta obligado a aceptar esas restricciones.

\*El paciente puede revocar este consentimiento mediante una solicitud escrita y firmada en cualquier momento. Todas las divulgaciones cesaran en el momento en que se presente la revocación.

\_\_\_\_\_  
Responsible Party Name (Print)

\_\_\_\_\_  
Responsible Party Signature

\_\_\_\_\_  
Todays Date

**El paciente ha dado su consentimiento para la siguiente divulgación:**

Podemos contactarlo por: **teléfono?** \_\_si\_\_no **Correo Electronico?**\_\_si\_\_no **Texto**\_\_si\_\_no

Podemos dejar mensajes en el **Telefono Celular**\_\_si\_\_no **Telefono de Casa?** \_\_si\_\_no

Podemos discutir su informacion de salud con alguien que no sea usted?\_\_Si\_\_No

Si responfdio si para que EVH discute su informacion de salud con alguien mas que no sea unted mismo, por favor ingrese la siguiente informacion para todas las partes a las que da su consentimiento para que EVH hable:

Nombre	RELACION AL PACIENTE	NUMERO DE TELEFONO

\_\_\_\_\_  
Nombre de la parte Responsable

\_\_\_\_\_  
Firma de la parte responsable

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre/ Titulo del Testigo EVH

\_\_\_\_\_  
Firma de l Testigo EVH

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

## La Escala de Somnolencia de Epworth

### ¿Qué tanto sueño tiene?

¿Qué tan probable es que sienta sueño o se duerma en las siguientes situaciones? Debe calificar sus posibilidades de quedarse dormido, no solo sentirse cansado. Incluso si usted no ha hecho algunas de estas cosas recientemente, trate de determinar cómo le habrían afectado. Para cada situación, decida si tiene o no:

- No hay probabilidad de quedarse dormido =0  
 Ligera probabilidad de quedarse dormido =1  
 Probabilidad moderada de quedarse dormido =2  
 Alta probabilidad de quedarse dormido =3

Anote el número correspondiente a su elección en la columna de la derecha. Anote el total de su puntuación al final de la tabla.

Situación	Probabilidad de Quedarse Dormido
Sentarse y leer	•
Viendo la televisión	•
Sentarse inactivo en un lugar público (por ejemplo, un teatro o una reunión)	•
Como pasajero en un coche durante una hora sin descanso	•
Descansar acostado por la tarde cuando las circunstancias lo permiten	•
Sentarse y hablar con alguien	•
Sentarse tranquilamente después de un almuerzo sin alcohol	•
En un coche, mientras se detiene durante unos minutos en el tráfico	•

Puntuación total = \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones (seleccione todas las que correspondan)?:

- Presión Arterial Alta (incontrolada)  
 Insuficiencia Cardíaca  
 Fibrilación Auricular  
 Ataque al Corazón  
 Ninguna de las anteriores

¿Te sientes fácilmente fatigado o careces de resistencia?  Sí  No

¿Alguna vez has recibido un estudio del sueño durante la noche?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿alguna vez un médico le ha diagnosticado Apnea Central del Sueño CSA o Apnea Obstructiva del Sueño OSA?

Tipo: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_ Terapia prescrita: \_\_\_\_\_ Cumple con:  Sí  No

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar información médica sobre usted y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente.

East Vallet Heart está dedicado a mantener la privacidad de su información personal de salud. Cada vez que un paciente visita esta oficina, se realiza un registro que describe los tratamientos y servicios proporcionados.

La ley federal describe protecciones de privacidad específicas y derechos individuales relacionados con la información que mantenemos que lo identifica como paciente. La información protegida incluye datos demográficos y datos sobre su salud física o mental pasada, presente o futura. Nuestra oficina ha puesto en marcha políticas y procedimientos para ayudar a proteger su información de salud. Estamos obligados a proporcionar este aviso que describe nuestros deberes legales y responsabilidades relacionadas con el uso y divulgación de información de salud identificable del paciente, Prácticas de Privacidad y ejemplos de cómo su información puede ser utilizada o divulgada.

La práctica se atenderá a los términos de este aviso. Podemos revisar este aviso en cualquier momento. El nuevo aviso se publicará en nuestra oficina en una ubicación prominente. Puede solicitar una copia de nuestro aviso más reciente en cualquier momento. Las revisiones del aviso serán efectivas para toda la información de atención médica que esta oficina mantiene: pasado, presente o futuro.

La práctica puede utilizar su información de salud identificable individualmente para los siguientes propósitos sin su autorización:

1. **Tratamiento:** podemos usar y divulgar su información de salud identificable para tratarlo y ayudar a otros en su tratamiento. Por ejemplo, podemos enviar una copia de sus registros a otro médico para que pueda ser evaluado para una condición específica, o podemos divulgar información a otras personas que participan en su cuidado, como su cónyuge, hijos o padres.
2. **Pago:** Podemos usar su información médica para facturar y cobrar el pago por los servicios proporcionados. Esto puede incluir proporcionar a su compañía de seguros detalles de su tratamiento, compartir nuestra información de pago con otros proveedores de tratamiento, contactarlo a usted por teléfono o por correo sobre saldos, o enviar saldos no pagados a una agencia de cobro.
3. **Operaciones de atención médica:** Podemos usar y divulgar información médica para operar nuestro negocio. Por ejemplo, su información de salud se puede utilizar para evaluar la calidad de la atención que brindamos, para obtener licencias estatales o para identificarlo por su nombre cuando visita la oficina.
4. **Recordatorios de citas:** Podemos usar y divulgar su información para recordarle las citas. También podemos enviarle por correo postal un recordatorio para visitas de seguimiento.
5. **Opciones de tratamiento:** Podemos usar su información médica para informarle de las opciones de tratamiento u otros servicios relacionados con la salud, que pueden ser de su interés.
6. **Asociados de negocios:** Podemos compartir su información de salud con otras personas o empresas que realizan diversas actividades para, o en nombre de nuestra oficina, como el contestador telefónico después del horario de oficina, la facturación o el aseguramiento de la calidad. Nuestros Socios Comerciales aceptan proteger la privacidad de su información.
7. **Investigación:** Podemos utilizar su información junto con agentes de la Práctica que pueden estar obligados a revisar sus archivos, tal como nuestros empleados están permitidos, con el fin de determinar si usted está calificado para un proyecto de investigación. Si se le pide que se una a un proyecto de investigación, primero se le pedirá que ejecute una autorización, otorgando a la Práctica o a una organización de investigación el derecho a utilizar su información médica protegida.

**La práctica puede divulgar su información médica sin su autorización cuando lo permita o exija la ley, incluyendo:**

- Para las actividades de salud pública, incluida la notificación de determinadas enfermedades transmisibles.
- Para la compensación de los trabajadores o programas similares según lo requiera la ley.
- A las autoridades cuando sospechemos de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- A las agencias de supervisión de la salud.
- A su empleador si le proporcionamos servicios de atención médica a petición del empleador, con lo cual le notificaremos por escrito la divulgación de dicha información.
- Para determinados procedimientos judiciales y administrativos en virtud de una orden administrativa.
- Para fines de aplicación de la ley.
- A un médico forense o director funerario.
- Para facilitar la donación de órganos, ojos o tejidos si usted es un donante de órganos.
- Para fines de investigación bajo estrictas circunstancias limitadas.
- Para evitar una amenaza grave para su salud y seguridad o la de los demás.
- Para fines gubernamentales como el servicio militar o para la seguridad nacional.
- En caso de emergencia o para el socorro en caso de desastre.
- En cualquier otro caso requerido por la ley.
- Hoja de registro inicial.

**La práctica también puede divulgar su información a los miembros de la familia y/u otras personas involucradas en su cuidado o pago por su cuidado. La práctica puede dejarle mensajes en casa o en el trabajo sobre sus visitas. Si no desea que lo hagamos, por favor informe a nuestro Oficial de Privacidad por escrito.**

**Todos los demás usos y divulgaciones de su información a otros requerirán una autorización escrita y firmada por usted. Usted tiene derecho a revocar su autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos actuado al respecto. Si necesita que sus registros sean liberados, la práctica le proporcionará un formulario de autorización para completar y devolver a la dirección que aparece en ella.**

**Su historial médico es la propiedad física de la práctica. La información contenida en ella le pertenece a usted. A continuación se muestra una lista de sus derechos con respecto a la información de salud identificable individualmente. Todas las solicitudes relacionadas con estos artículos deben hacerse por escrito a nuestro oficial de privacidad en la dirección que se indica a continuación. Le proporcionaremos formularios apropiados para ejercer estos derechos. Le notificaremos, por escrito, si sus solicitudes no pueden ser concedidas.**

1. **Restricciones de uso y divulgación:** Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre cómo usamos y divulgamos su información médica. Esto incluye solicitudes para restringir la divulgación de nuestra información médica solo a ciertas personas, o entidades, involucradas en su cuidado, como familiares y compañías de seguros. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, estamos vinculados al acuerdo a menos que la divulgación sea requerida o autorizada por la ley.
2. **Comunicación confidencial:** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera particular o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos pongamos en contacto con usted en casa. Acomodaremos solicitudes razonables.
3. **Acceso:** Usted tiene el derecho de inspeccionar o solicitar una copia de los registros utilizados para tomar decisiones sobre su atención médica, incluyendo su historial médico y registros de facturación. Esta oficina programará citas para la inspección de registros. Podemos cobrar una tarifa por proporcionarle copias de sus registros. En circunstancias especiales, podemos negar su solicitud de inspección y/o copia de sus registros. Usted puede solicitar una revisión de esta negación.
4. **Enmienda de registro:** Usted tiene derecho a solicitar modificaciones a sus registros de salud creados por y para esta práctica si cree que son incorrectos o incompletos. Podemos aceptar o negar su solicitud. Si negamos su solicitud, usted tiene derecho a proporcionar una declaración de desacuerdo o declaración de refutación.
5. **Divulgaciones de cuenta:** Usted tiene derecho a recibir una contabilidad de las divulgaciones. Esto significa que puede solicitar una lista de ciertas divulgaciones que la práctica ha hecho de sus registros. A petición suya, le proporcionaremos esta información de forma gratuita, una vez durante cada período de doce (12) meses. Puede haber un cargo por copias adicionales.
6. **Copia del Aviso:** Usted tiene derecho a solicitar que le proporcionemos una copia impresa de este aviso de Prácticas de Privacidad.

## POLITICA FINANCIERA Y RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Estamos comprometidos a brindar a nuestros pacientes la mas alta calidad de atencion.

Le agradecemos por tomarse el tiempo para leer y comprender nuestras políticas.

Facturaremos a su compañía de seguros, por favor tenga todas las tarjetas de seguro actuales disponibles para que podamos copiar el frente y el reverso de la tarjeta para obtener información precisa. Es su responsabilidad informar a East Valley Heart sobre cualquier cambio de seguro. Si no se proporciona información de seguro precisa para la presentación oportuna de un reclamo, usted será responsable del monto total de los cargos.

Se le pedirá que firme una autorización para que sus compañías de seguros envíen los pagos directamente a EVH. Cualquier pago enviado directamente al paciente debe ser remitido a EVH junto con la explicación de beneficios, para evitar que su cuenta sea sometida a procedimientos de cobro y acciones legales. Las autorizaciones deben ser firmadas en la visita inicial, ante cualquier cambio de seguro y anualmente después de eso.

Los recursos están disponibles a través de su compañía de seguros para comprender su cobertura de seguro. Estos servicios le ayudarán a verificar que EVH sea un proveedor participante con su compañía de seguros. Todas las derivaciones a EVH deben obtenerse antes de su cita. Esto evitará que sea necesario reprogramar su cita.

### **POLITICA DE PAGO**

#### **Con Seguro Medico**

todos los copagos, deducibles y coaseguros deben pagarse antes de que se presten los servicios. si no puede pagar su monto adeudado en el momento del servicio, su cita puede ser reprogramada.

#### **Sin Seguro Medico**

EVH requiere el pago completo en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos previos con nuestra oficina de facturación.

#### **Saldos Pendientes**

Los saldos de los pacientes restantes después de los pagos del seguro deben pagarse en su totalidad dentro de los 30 días posteriores al primer estado de cuenta, a menos que se hagan arreglos específicos con antelación

#### **Formularios Medicos**

EVH requiere el pago completo de \$30 en el momento en que se entregan tus formularios de seguro (FMLA, autorización de FAA, discapacidad, etc.) para su llenado. la finalización de los formularios no es pagada por tu compañía de seguros.

#### **Cancelacion de Citas con 24 horas de Anticipacione is not covered by your insurance**

EVH requiere un aviso con 24 horas de anticipación para todas las cancelaciones de citas. El aviso con 24 horas de anticipación se define como 1 día hábil completo, de lunes a viernes. Se cobrarán distintos cargos a su cuenta dependiendo del tipo de cita. Este cargo no está cubierto por su seguro y es responsabilidad del paciente.

#### **Fondos Insuficientes/Cheques Devueltos**

EVH transferirá al paciente un cargo bancario por falta de fondos (NSF) de \$40 por todos los cheques devueltos. Esta tarifa se añadirá a su cuenta y es responsabilidad del paciente. La institución financiera puede cobrarle una tarifa adicional directamente a usted.

#### **Reconocimiento de la Política Financieras**

**(Obligatorio para todos los pacientes)**

Al firmar mi nombre a continuación, reconozco que he leído y entiendo la política financiera actualizada de Cardiojost Inc (East Valley Heart), así como la carta de presentación adjunta. Entiendo que, independientemente del estado de mi reclamo de seguro o la ausencia de cobertura de seguro, soy en última instancia responsable del saldo de mi cuenta por cualquier servicio prestado. Entiendo que los pagos pueden realizarse en efectivo, cheque, Mastercard, Discover o Visa. Estoy de acuerdo en que si mi cuenta se remite a una agencia de cobranza o a un abogado, seré responsable de todos los costos de cobro de mi cuenta, incluidos los honorarios del abogado y cualquier interés sobre el dinero adeudado.

#### **Divulgación de Información Médica y Cesión de Beneficios**

**(Obligatorio para todos los pacientes)**

Al Al firmar mi nombre a continuación, autorizo la divulgación de información médica necesaria para presentar reclamaciones de seguro de salud a mi nombre por Cardiojost, Inc. (East Valley Heart). También autorizo a mis compañías de seguros a efectuar pagos directamente a estas empresas.

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA DE PACIENTE FECHA

FECHA