

The Ryu Hurvitz Orthopedic Clinic

FORMULARIO DE REGISTRACION DE PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Fecha de Nacimiento: _____ #SS: _____ Estado Marital: _____ Sexo: M / F

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia: _____ Número de Teléfono: _____

Empleado: _____ Farmacia Preferida: _____

Médico de Referencia: _____

Por la presente autorizo a la discusión de mi estado médico, diagnóstico, tratamiento, pago, y opciones de atención médica con: (Marque todos que corresponda)

() Pareja/Nombre _____ () Hijo/Nombre _____

() Otro/Nombre _____

HERIDA

Parte del Cuerpo Herida: _____ () Derecha () Izquierda

Fecha de Herida? _____ Fue relacionado con el Trabajo? _____

Breve descripción de su herida: _____

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo reconozco que una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de The Ryu Hurvitz Orthopedic Clinic esta disponible para mí. Estoy consciente que una copia de este aviso esta previsto a petición mía. Iniciales: _____

POLITICA FINANCIERA

Por favor entienda que pago de su cuenta es parte de su tratamiento y atención. Por favor recuerde que tener seguridad no es un sustituto para su pago. Por su conveniencia, abajo encontrará las respuestas de una variedad de preguntas más frecuentes

*Aceptamos pagos de efectivo, cheque, VISA, MasterCard y American Express.

*Su responsabilidad financiera depende en una variedad de factores: Deducible, co seguro, y su co-pago. Usted debe ser elegible al tiempo de servicio. Si usted no entiende sus beneficios, por favor contacte a el miembros de servicios de su compañía de aseguranza para una explicación en más detalle.

The Ryu Hurvitz Orthopedic Clinic

*Es la responsabilidad del paciente informarnos inmediato si hay cambios respecto a su aseguranza, direccion, y numero de telefono.

*Si no puede llegar a su cita, le pidimos que porfavor los notifique para cancelar o reprogramar su cita *al menos* 24 horas por adelantado.

* The Ryu Hurvitz Orthopedic Clinic tiene el derecho de enviarlo a colecciones por cualquier balance extraordinario despues de ver mandado 3 estados de cuenta mensuales o si el balance del paciente esta aún extraordinario 6 meses después que la aseguranza haga procesado reclamaciones, al menos que arreglos han sido hechos.

*Si va a tener cirugía, el coordinador de la cirugía se pondrá en contacto con su aseguranza para autorización/pre-certificación y beneficios. Es possible que sera necesario que pague un depósito de pre-quirúrgica, dependiendo en su deducible o cobertura de su aseguranza.

*Si el paciente es menor de edad, el paciente debe ser acompañado a su cita por un padre o tutor legal. El adulto es resposable de firmar el papeleo de parte del paciente.

*Los doctors son parte de la organización de proveedores preferidos (PPO) y toman Medicare. A continuación se listan planes con que no tienen un contrato:

- Dr Ryu NO esta contratado con: Anthem Blue Cross Pathway o Pathway X, Blue Shield SHOP, State Medi-Cal o HMOs (con la excepción de Physicians Choice de Santa Maria y Blue Shield HMO en Santa Maria con una referencia de parte de su médico de atención primaria).
- Dr Hurvitz NO esta contratado con: Anthem Blue Cross Pathway o Pathway X, Blue Shield Exclusive/IFP, Blue Shield SHOP, United Health Care Core/W500, State Medi-Cal or HMOs (con la excepción de Physicians Choice de Santa Maria and Blue Shield HMO en Santa Maria con una referencia de parte de su médico de atención primaria).
- Dr Yau NO esta contratado con: Anthem Blue Cross Pathway o Pathway X, Health Net, State Medi-Cal or HMOs.

*Si su doctor no esta contractado con su plan de seguro, todavia estara feliz de verte. Todavia mandaremos cuenta a su aseguranza y ellos procesará el reclamo como fuera de la cadena. Aun si cobramos al tiempo de servicio.

Yo he leído, entiendo, y estoy de acuerdo con lo política financiera anterior. Yo entiendo que cargos que no son cubiertos por mi aseguranza, tanto como aplicable co pago, co seguro y deducible, son mi responsabilidad.

Yo autorizo que los beneficios de mi aseguranza esten pagados directamente al Dr. Richard Ryu, Dr. Graham Hurvitz or Dr. Jervis Yau.

Yo autorizo Dr. Richard Ryu, Dr. Graham Hurvitz or Dr. Jervis Yau para liberar información médica a mi compania de aseguranza cuando se le solicite, o para facilitar el pago de el reclamo.

Fecha

Firma

Nombre en molde