

# ***The Ryu Hurvitz Orthopedic Clinic***

## **FORMULARIO DE REGISTRACION DE PACIENTE**

Apedillo: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Sexo: M/ H

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Codigo Postal : \_\_\_\_\_

Telefono de Casa: \_\_\_\_\_ Telefono de Celular : \_\_\_\_\_

Correo electronico: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Empleado: \_\_\_\_\_

Medico de Referencia: \_\_\_\_\_

**Por la presente autorizo a la discusion de mi estado medico, diagnostic, tratamiento, pago, y opciones de atencion medica 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 descripcion de su herida: \_\_\_\_\_

---

### **AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Yo reconozco que una copia del Aviso de Practicas de Privacidad de The Ryu Hurvitz Orthopedic Clinic esta disponible para mi. Estoy consciente que una copia de este aviso esta previsto a peticion mia. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

### **POLIZA**

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

## ***The Ryu Hurvitz Orthopedic Clinic***

por favor contacte a el miembros de servicios de su compania de aseguranza para una aplicacion en mas detalle..

\*Es la responsabilidad del paciente infomrarnos 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 aun extraordinario 6 meses despues que la aseguranza haga procesado reclamaciones, al menos que arreglos han sido hechos.

\*Si va a tener cirugia, el coordinador de la cirugia se pondra en contacto con su aseguranza para autorizacion/pre-certificacion y beneficios. Es posible que sera necesario que pague un deposito de pre-cirugia, dependiendo en su deducible o cobertura de su aseguranza.

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

\*Los doctors son parte de la organizacion de proveedores preferidos (PPO) y aceptan Medicare y CenCal.

- Dr. Ryu NO esta contratado con: Blue Shield SHOP, State Medi-Cal o HMOs (con la excepcion de Physicians Choice of Santa Maria and Blue Shield HMO en Santa Maria con una referencia de parte de su medico de atencion primaria).
- Dr. Hurvitz NO esta contratado con: United Health Care Core/W500, State Medi-Cal o HMOs (con la excepcion de Physicians Choice of Santa Maria and Blue Shield HMO en Santa Maria con una referencia de parte de su medico de atencion primaria).
- Dr. Yau NO esta contratado con: Anthem Blue Cross Select, State Medi-Cal or HMOs.
- Dra. Thomas NO esta contratada con State Medi-Cal, Anthem Blue Cross Select, Anthem Blue Cross Pathway y HMOs (con la excepcion de Physicians Choice of Santa Maria).

\*Si su doctor no esta contratado con su plan de seguro, todavia estara feliz de ver lo. Todavia mandaremos cuenta a su aseguranza y ellos procesaran el reclamo como fuera de la cadena. Tendra que pagar al final de su cita.

*Yo he leído, entiendo, y estoy de acuerdo con la póliza financier 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 authorize que los beneficios de mi aseguranza eten pagados directamente al Dr. Richard Ryu, Dr. Graham Hurvitz, Dr. Jervis Yau or Dra. Danielle Thomas.*

*Yo autorizo Dr. Richard Ryu, Dr. Graham Hurvitz, Dr. Jervis Yau o Dra. Danielle Thomas para liberar informacion medica a mi compania de aseguranza cuando se le solicite, o para facilitar el pago de el reclamo.*

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Nombre en molde**

# ***The Ryu Hurvitz Orthopedic Clinic***

## **DEPOSITOS DE CIRUGIA**

Si usted va a tener cirugía, la coordinadora de cirugía va a contactar a su compañía de aseguransa para obtener beneficios y autorización.

El bill de su cirugía esta dividido en tres partes: la porcion del cirujano/a, el anestesioologo, y el del centro de cirugía. Nuestra oficina solo colecciona la porcion del cirujano/a.

Depende de su cobertura y deducible, usted a lo major tendra que pagar en deposito antes de la fecha de su cirugía

- Si el deposito que pago acaba siendo mas que el costo de la cirugía se le regresara la diferencia

Sus iniciales indican que reconoce lo anterior y que entiende que si no paga el deposito de cirugía, su cirugía podria ser cancelada.

**Initials:** \_\_\_\_\_

## **SURGERY CANCELLATION POLICY**

Cordinar su cirugía toma bastante tiempo y cancelacions de ultimo momento los quita timepo que podriamos estar ayudando a ortros pasientes.

The Ryu Hurvitz Orthopedic Clinic va cobrar una tarifa de cancelacion de \$200 si cancela su cirugía menos de 48 horas de la fecha que estaba programada.

Sus iniciales indican que reconoce lo anterior y acepta pagar la tarifa de cancelacion

\*except en caso de emergencias; esto sera a la discrecion del cirujano/a.

**Initials:** \_\_\_\_\_

*Yo he leído, entiendo, y estoy de acuerdo con la poliza financier anterior. Yo entiendo que cargos que no son cubiertos por mi aseguransa, tanto como applicable co pago, co seguro y deducible, son mi responsabilidad.*

*Yo autorizo Dr. Richard Ryu, Dr. Graham Hurvitz, Dr. Jervis Yau o Dra. Danielle Thomas para liberar informacion medica a mi compania de aseguransa cuando se le solicite, o para facilitar el pago de el reclamo.*

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Nombre**