

**Cuestionario Para los Pacientes**

**(Llene todas las Paginas de anverso y reverse)**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Genero: M\_\_ F\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_ Codigo: \_\_\_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Casa: Trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electronico: Seguro Social #:

Estado Civil: Usted esta empleado? □Si □No Nombre de empleador:

**INFORMACION DEL SEGURO:**

Seguro Primario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PPO / HMO / EPO / POS / Medi-Cal

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Suscriptor: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Seguro Social del Suscriptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PPO / HMO / EPO / POS / Medi-Cal

 Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento deo suscriptor: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**En caso de Emergencia, a quien debemos contactar? (Por favor escribe individuo no viva con usted)**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Está bien notificar al momento de la admisión?: Si / No

Medico Primario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alguien lo refirio? □ Si □ No Si es asi, quien? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de los padres (si es menor de 18):

**Historia:** Algun vez a tenido? (por favor marque todos lo que apliquen):

Algun vez a tenido? (por favor marque todos lo que apliquen):

□ Rhinitis alergico □Anemia □ Ansiedad

□ Artritis □ Asma □ Fibrilacio Auricular

□ Cancer (Tipo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) □ Dolor de pecho □ Transtorno Circulatorio

□ Insuficiencia Cardiaca Congestiva □ Depresion □ Diabetes

□ Enfisema □ Gout □ Dolor de Cabeza

□ Perdida de la audicion □ Ataque del corazon □ Acidez

□ Disco herniado □ Hipertension □ Hyperlipidemia (Colesterol Alto)

□ Hipotiroidismo □ Insomnia □ Sindrome del intestine irritable

□ Insuficiencia renal □ Migranas □ Trastorno de la valvula miral

□ Apnea Obstructiva del Sueno □ Osteoporosis □ Sinusitis

□ Trastorno de la piel □ Fumar □ Derrame cerebral

□ Discapacida Visual □ Glaucoma □ Allergia: Tipo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Otro, por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



**Historia Familiar**

Alguien en su familia inmediata ha tenido alguna de las siguientes? (por favor marque todos los que apliquen):

□ Cancer (Tipo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) - Miembro de la familia?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Perdida de la audicion - Miembro de la familia?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Hipertension (alta presion sanguinea) - Miembro de la familia?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ Diabetes – Miembro de la familia?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Alergias (Tipo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) – Miembro de la familia?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Actualmente estas tomando medicamentos y/o suplementos herbals? □Si □ No En caso afirmativo, indique la medicacion/suplemento e incluya la dosis. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tiene alguna alergia a medicamentos? □Si □No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Es usted alergico al latex? □Si □No

**Antecedentes Quirurgicos**

Detalle las operaciones que haya tenido: por favor proporcione la fecha de la cirugia.

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historia Social**

Usted utiliza tabacco (cigarros, pipa, masticar, etc.)? □Si □No Que tipo de tabaco?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□Cantidad diaria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □Cantidad semanal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □Cantidad de vez en cuando\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Bebes alcohol? □Si □No

□Cantidad diaria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □Cantidad semanal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □Cantidad de vez en cuando\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Usted utiliza drogas? □Siif ye □No En caso afirmativo, que tipo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informacion de la Farmaci**

Nombre de Farmacia:

Direccion de la Farmacia :

Numero de Telefono la Farmacia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Updated 7.14.2022



**Cuidado Preventivo**

* Alguna vez a tenido una vacuna contra la influenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ si es asi, cuando\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_y donde\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?
* Alguna vez ha tendo una vacuna contra la neumonia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ si es asi, cuando\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_y donde\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

**(hombres & mujeres mayores de 65 anos)**

* Alguna vez ha tenido deteccion del cancer colorrectal\_\_\_\_\_\_\_\_\_ si es asi, cuando\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y donde\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

**(hombres & mujeres mayores de 65 anos)**

Resultados de la prueba: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Alguna vez ha sido diagnosticado con depression clinica\_\_\_\_\_\_\_\_\_ si es asi, cuando\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y por quien \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?
* Alguna vez a sido proyectado para la osteoporosis\_\_\_\_\_\_\_\_\_ si es asi, cuando\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y cuando

**(pacientes de sexo femenino solo mayors de 65 anos)**

* Tiene o ha sido diagnosticado con la presencia o ausencia de incontinencia urinaria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

**(Mujeres mayors de 65 anos de edad)**

 Si es asi, cuando\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y donde\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

* Ha tenido alguna vez una mamografia\_\_\_\_\_\_\_\_ Si es asi, cuando\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y donde\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

**(Mujeres de 50-74 anos de edad)**

**POR FAVOR NOTE QUE TODO LO QUE TENGA QUE VER CON SU OIDO REQUIERE UN EXAMEN DE AUDICION CON LA AUDIOLOGA ANTES DE VER A EL DOCTOR!**

Updated 7.14.2022



**HIPAA Politica Privada**

Este aviso de privacidad describe cómo California Head & Especialistas cuello (CALHNS) pueden usar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica (TPO) y para otros propósitos que son permitidos o requeridos por la ley . También describe sus derechos para acceder y controlar su información médica protegida. 'La información médica protegida "es información sobre usted, incluyendo información demográfica que puede identificarlo y que se relaciona a su pasado, la salud física o mental presente o futuro o afección y los servicios de salud relacionados. Usos y divulgaciones de información médica protegida: su información de salud protegida puede ser usada y revelada por su médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que se implican en su cuidado y tratamiento con el fin de proporcionar servicios de salud a usted, a pagar sus cuentas del cuidado de la salud, para apoyar la operación de la práctica del médico, y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: CALHNS va a utilizar y divulgar su información protegida de salud para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o administración de su cuidado de la salud con un tercero. Por ejemplo, podríamos revelar su información de salud protegida, según sea necesario, a una agencia de salud en el hogar que proporciona cuidado a usted. Por ejemplo, su información protegida de salud puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratarlo. Pago: Se usará su información de salud protegida, según sea necesario, para obtener pago por los servicios de atención médica. Por ejemplo, la obtención de la aprobación para una estadía en el hospital puede requerir que su información protegida de salud sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación para el ingreso en el hospital.

Operaciones de Salud: CALHNS puede usar o revelar, según sea necesario, su información de salud protegida para apoyar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de la calidad, actividades de revisión de los empleados, capacitación de estudiantes de medicina, otorgamiento de licencias y organización o conducción de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos revelar su información de salud protegida a los estudiantes de la escuela de medicina que ven pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique a su médico. También podemos llamarle por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verlo. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted para recordarle su cita. Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Enfermedades Transmisibles: Supervisión de la Salud: Abuso o Negligencia: Requisitos de la Administración de Drogas y Alimentos: Procesos Legales: Cumplimiento de la Ley: Coronadores, Directores de Funerarias y Donación de Órganos: Investigación: Actividad Militar y Seguridad Nacional: Compensación de Trabajadores: Presos: Usos Requeridos y Divulgaciones: De acuerdo con la ley, debemos revelarle y cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento Con los requisitos de la Sección 164.500. Otros Usos y Revelaciones Permitidos y Requeridos serán Realizados Solo con Su Consentimiento, Autorización u Oportunidad de Objeto a menos que sea requerido por la ley. Usted puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o la práctica del médico ha tomado una acción en dependencia del uso o revelación indicado en la autorización. Sus derechos a continuación son una declaración de sus derechos con respecto a su información de salud protegida. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica protegida. De acuerdo con la ley federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros; Notas de psicoterapia; Información recopilada con anticipación razonable o uso en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, e información de salud protegida que está sujeta a la ley que prohíbe el acceso a la información médica protegida. Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información de salud protegida. Esto significa que usted puede solicitarnos que no utilicemos o divulguemos ninguna parte de su información médica protegida para propósitos de tratamiento, pago o operaciones de atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida no sea revelada a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada ya quién desea que se aplique la restricción. Su médico no está obligado a aceptar una restricción que pueda solicitar. Si el médico cree que está en su mejor interés para permitir el uso y divulgación de su información de salud protegida, su información de salud protegida no será restringida. A continuación, tiene derecho a utilizar otro profesional de la salud. Usted tiene el derecho de solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en un lugar alternativo. Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso de nosotros, a solicitud, incluso si ha aceptado aceptar este aviso alternativamente, es decir, electrónicamente. Usted puede tener derecho a que su médico enmiende su información médica protegida. Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación a su declaración y le proveeremos una copia de tal refutación. Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho, si las hay, de su información de salud protegida. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informaremos por correo de cualquier cambio. A continuación, tiene derecho a oponerse o retirarse según lo dispuesto en este aviso.

Complaints: Usted puede quejarse a CALHNS o al Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro contacto de privacidad de su queja. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. Esta notificación se publicó y entró en vigor el 14 de abril de 2003 o antes. La ley nos obliga a mantener la privacidad de este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida. Si tiene alguna objeción a este formulario, por favor pida hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPAA en persona o por teléfono en nuestro número de teléfono principal.

Nombre Impreso del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Updated 7.14.2022



**Politica de Facturacion**

* El pago a Ritvik P. Mehta M.D./ CALHNS se requiere cuando los servicios son prestados.
* Antes de la primera visita, es responsabilidad del paciente verificar la cantidad de su deducible con su compañía de seguros y traer el monto total a la primera visita.
* Los Especialistas de Cabeza y Cuello de California aceptan efectivo, cheques, giros postales, VISA, MasterCard, American Express y Discover pagos por servicios prestados.
* En cada visita, todos los copagos y coseguros deben ser pagados a Ritvik P. Mehta M.D./CALHNS antes de recibir los servicios y / o ver al médico.
* Las reclamaciones de seguro se presentan en nombre del paciente; Sin embargo, todos los deducibles y copagos son responsabilidad del paciente cuando se prestan los servicios.
* Si un paciente no notifica a los Especialistas de Cabeza y Cuello de California de una compañía de seguros secundaria en el momento de su visita inicial, el paciente es completamente responsable de cualquier cantidad que no haya pagado su compañía de seguros principal.
* Es responsabilidad del paciente informar a los Especialistas de Cabeza y Cuello de California de cualquier cambio en la cobertura del seguro. Si no se proporciona información de seguro actualizada, la factura es responsabilidad total del paciente.
* Los pacientes no asegurados y aquellos que no pueden pagar su deducible y / o co-pagos están obligados a programar y asistir a una reunión con el gerente de la oficina para organizar un plan de pago antes de los servicios prestados y / o ver al médico. En cada visita, el pago acordado debe hacerse antes de los servicios prestados y / o ver a un médico.
* Si el banco emisor devuelve un cheque por escrito a los Especialistas de Cabeza y Cuello de California por cualquier motivo,
* El paciente es responsable de cada cheque devuelto, junto con un cargo por servicio de $ 25, pagadero a Especialistas de Cabeza y Cuello de California.
* Si una agencia de cobro está obligada a cobrar la cantidad vencida de un paciente, la tarifa del paciente se cargará a la agencia de cobro además de la cantidad adeudada.
* Referencias: Si la compañía de seguros del paciente requiere una remisión previa a los servicios prestados a un especialista, es **responsabilidad del PACIENTE** obtener la remisión del médico de atención primaria y presentarla durante su visita inicial para ser vista por el médico. Si un paciente inadvertidamente ve al médico sin una referencia obligatoria, **se le facturará al PACIENTE** por la visita.
* Si se requieren referencias posteriores, sigue siendo responsabilidad del paciente obtener y enviar referencias a los Especialistas de Cabeza y Cuello de California
* Es responsabilidad de cada paciente notificar a los Especialistas de Cabeza y Cuello de California de un cambio de dirección, número de teléfono y / o información de seguro.
* Los pacientes deben presentar las tarjetas de seguro para re-verificación en cada visita.

**Atención Pacientes con Compensación al Trabajador:**

Cualquier paciente que no notifique a los Especialistas de Cabeza y Cuello de California durante su primera visita que el tratamiento esté relacionado con un problema de compensación del trabajador, se le cobrará una tarifa de $ 25 para cubrir el costo de actualizar y cambiar los registros existentes de California. Los servicios prestados deben presentarse como compensación del trabajador y no pueden presentarse ante las compañías de seguros personales. Si se presenta con una compañía de seguros personal, el pago tendrá que ser devuelto por Especialistas de Cabeza y Cuello de California cuando esa compañía de seguros descubre que es un problema de trabajo de un trabajador. Si los Especialistas de Cabeza y Cuello de California intentaran cobrar la cantidad debida como compensación del trabajador, la factura sería rechazada porque el paciente no estaba inicialmente autorizado para ser tratado en los Especialistas de Cabeza y Cuello de California. Todos los cargos se convertirían en la responsabilidad total del paciente. Los pacientes de los trabajadores de la compensación son responsables de asegurar la aprobación para el tratamiento por su trabajador de caso para la visita inicial. Los Especialistas de Cabeza y Cuello de California luego asegurarán la aprobación para visitas posteriores. Los pacientes de los trabajadores de la compensación están obligados a traer los siguientes elementos a su primera cita: fecha de la lesión, el número de reclamación, nombre de la compañía de seguros de compensación del trabajador, nombre del trabajador de casos y teléfono del trabajador de casos y números de fax.

* Los pacientes que tengan que reprogramar o cancelar una cita deben hacerlo notificando a los Especialistas de Cabeza y Cuello de California por lo menos 24 horas antes de la visita programada. Si este avance notado no se proporciona, un cargo de $ 25 "no show" se emitirá directamente al paciente.
* Se cobrará una tarifa de $ 50 directamente a los pacientes si los Especialistas de Cabeza y Cuello de California necesitan completar papeleo adicional, como formularios de discapacidad.
* Se le cobrará una tarifa de $ 50 a los pacientes si los Especialistas en Cuello y Cuello de California necesitan enviar los registros médicos a un abogado.
* Si los Especialistas de Cabeza y Cuello de California no aceptan el seguro de salud de un paciente, pero el paciente tiene beneficios fuera de la red, los Especialistas de Cabeza y Cuello de California archivarán la reclamación en nombre del paciente. Cualquier gasto más alto de su propio bolsillo es responsabilidad del paciente. Se recomienda encarecidamente a los pacientes que se pongan en contacto con su compañía de seguros para verificar las condiciones y los requisitos de las visitas al médico fuera de la red.
* Se recomienda encarecidamente a todos los pacientes de HMO que verifiquen que los Especialistas de Cabeza y Cuello de California/Ritvik P. Mehta M.D. son un proveedor aceptado y deben presentar los trámites de referencia apropiados antes de ser vistos por un médico.

Updated 7.14.2022



**Polica de Pago del Paciente**

Estamos comprometidos con el éxito de su tratamiento y cuidado médico. Por favor entienda que el pago de su factura es parte de este tratamiento y cuidado. Para su conveniencia, hemos respondido a una variedad de preguntas de política financiera comúnmente formuladas a continuación. Si necesita más información sobre cualquiera de estas políticas, por favor hable con cualquiera de los miembros del personal de la parte delantera.

**Como puedo pagar?**

Aceptamos pagos en efectivo, cheque, debito & credito, VISA, MasterCard, American Express, and Discover.

**Necesito una referencia?**

Si usted tiene un plan HMO con el cual estaos contratados, necesita ina autorizacion de derivacion de su medico de atencion primaria. No podemos programar ninguna cita sin la autorizacion de la remission.

**Copago/Saldos Pendientes:**

Todos los Co-Pagos y los saldos pendeientes se deben al momento del servicio.

**Deducibles no cubiertos:**

Para pacientes con deducibles no cubiertos, se le cobrara lo siguiente al momento del cheque para cumplir con su deducible.

**Si NO tiene seguro O su seguro no ha aprobado estos servicios:**

Nuevo Pacientes- $399.00

Pacientes Establecidos-$199.00

Audiograma- $199.00

Tomografia computarizada- $250

\*Por favor tenga en cuenta: Puede haber cargos adicionales una vez que las reclamaciones se procesan a traves del seguro.

**Con cuales planes CALHNS esta contratado y cual es mi responsabilidad financier for los servicios?**

Comuniquese con su compania de seguros para ver si estamos en la red con su plan.

Su responsabilidad financier depende de una variedad de factores esplicados a continuacion.

**En ultima instancia, es responsabilidad del paciente saber si estamos contratados con su seguro o no, y lo que su seguro cubre y no cubre. Sin embargo, heremos todo lo posible para ayudarle con este proceso.**

**\*Otros cargos que pueden acumularse en el momento de la visita:**

Endoscopia nasal, nasofaringoscopia con endoscopio, remocion de cerumen afectado que require intrumento, microscopia binocular, laberrinotomia, evaluacion del habla, timpanometria, pruebas de alergia, VNG, VEMP/ECOG, y ABR, u otro procedimientos requeridos. El seguro puede o no cubrir estos cargos adicionales. El paciente sera responsible del pago si el seguro no cubre el procedimiento.

**Reconocimiento del Paciente**

He leído y entendido todo lo anterior sobre la Política de pago del paciente CALHNS. Yo entiendo y estoy de acuerdo completamente en cumplir con los términos de la Política de Pago de Especialistas de Cabeza y Cuello de California. Doy fe de que soy responsable de todos los copagos, deducibles, coaseguro y otros cargos en el momento de mi visita, o puede ser facturado por los procedimientos hechos el día de mi cita. Si tengo alguna pregunta, entiendo que es mi responsabilidad pedirle a un empleado de California Head and Neck Specialists

Nombre Impreso del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Updated 7.14.2022



**Formulario de Consentimiento de Comunicacion**

Para cumplir con las regulaciones de HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996), pedimos que nuestros clientes revisen y firmen este Formulario de Consentimiento de Comunicación.

**Tenga en cuenta que es responsabilidad del paciente notificar a esta oficina si algo debe cambiar con respecto a este formulario y con quién debemos revelar la información del paciente.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento

**Doy permiso para se contactado de la siguiente manera (por favor, llene los numeros de telefono y marque todas las que apliquen)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

OK para dejar un mensaje con informacion \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dejar mensaje con solo el numero de llamada de vuelta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ok para dejar el mensaje en casa o en el teléfono celular con los siguientes miembros de la familia: (Nombre y relación con el paciente)

1.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Comunicacion Escrita**

Ok para enviar a mi dirección de casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escriba la persona o personas (incluyendo el cónyuge, si corresponde) que nos autoriza a divulgar información a. Incluya su relación con usted y sus números de teléfono.

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacion al Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relacion al Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre impreso del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Necesario si el nino tieno menos de 18 anos de edad)**

Nombre Impreso del Testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



**Acuerdo de Asignacion de Beneficios**

Por este medio autorizo ​​a mi compañía de seguros, incluyendo a Medicare, si soy un Beneficiario de Medicare, a hacer pagos a Ritvik Mehta, MD / CALHNS por servicios médicos o quirúrgicos o artículos que me fueron dados o mi dependiente por Ritvik Mehta, MD. Si mi compañía de seguros niega el pago de Ritvik Mehta, MD / CALHNS, entiendo que soy financieramente responsable de los cargos. Autorizo ​​a Ritvik Mehta, MD a liberar todos y cada uno de mis registros a mi aseguradora, oa cualquier otro tercero pagador, legalmente responsable del pago de los gastos médicos. Certifico que la información proporcionada o que debe ser proporcionada por mí es correcta y completa a mi leal saber y entender. Es mi responsabilidad actualizar cualquier información personal, de seguro y de salud.

**Politica de Cero Tolerancia**

Reconozco que los Especialistas de Cabeza y Cuello de California tienen una política de **Cero Tolerancia** cuando se trata de actos de agresión, lenguaje obsceno, destrucción de propiedad, comportamiento verbal, mental o físico o comportamiento malicioso de cualquier tipo. Si esto ocurre, llamaremos a las autoridades y presentaremos cargos si lo consideramos necesario. Nos reservamos el derecho de terminar inmediatamente la relación del paciente / médico si ocurre este tipo de acto.

**Reconocimiento del Paciente**

He leído y entendido todas las páginas anteriores de Cuestionario de Paciente, Política de Facturación, Política de Privacidad y Política de Cero Tolerancia. Yo entiendo y estoy de acuerdo en cumplir con todos los términos de las políticas de California Head and Neck Specialist, incluyendo la Política de facturación. Confirmo que toda la información mencionada anteriormente es la verdad a mi leal saber y entender. Si tengo alguna pregunta, entiendo que es mi responsabilidad pedirle a un empleado de California Head and Neck Specialists.

Nombre Impreso del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Una copia de este documento se le proporcionará a petición**

Updated 7.14.2022



**AB 1278 Acknowledgement Form**

Open Payments is a national transparency program that collects and publishes information about financial relationships between drug and medical device companies (referred to as "reporting entities") and certain health care providers (referred to as "covered recipients"). These relationships may involve payments to providers for things including but not limited to research, meals, travel, gifts or speaking fees.

One of the ways that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) provides data to the public is through this search tool, which allows the public to search for covered recipients receiving payments, as well as reporting entities that have made payments. Full datasets are available for download on the HYPERLINK "https://www.cms.gov/OpenPayments/Data/Dataset-Downloads"Open Payments Dataset Download page.

The purpose of the program is to provide the public with a more transparent health care system. All information available on the Open Payments database is open to personal interpretation and if there are questions about what the data means, patients and their advocates should speak directly to the health care provider for a better understanding.

The Open Payments Search Tool only displays results from the most recent seven years of program data. Archived program years are available for download on the Open Payments HYPERLINK "https://www.cms.gov/OpenPayments/Archived-Datasets"Archived Dataset Page. For more information about the program, including how the program operates and resources for reporting entities and covered recipients, visit HYPERLINK "https://www.cms.gov/openpayments/"cms.gov/ HYPERLINK "https://www.cms.gov/openpayments/"OpenPayments.

I have received information regarding the AB 1278 amended law regarding Open Payments and acknowledge that I know how to access the website to find information regarding payments that my providers receive.

**Patient Signature:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   **Date:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_