



# TRINITY

ADULT AND PEDIATRIC ORTHOPEDIC SPECIALISTS

## Paquete Para Pacientes Nuevos

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono casa #: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_

<b>Raza:</b>	<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispánico	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otro:
<b>Origen étnico:</b>	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino, Decente	<input type="checkbox"/> No es hispano o latino decente	<input type="checkbox"/> N/A

### Información de contacto de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Divulgación de información:

(La información médica puede ser divulgada a las siguientes personas)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Seguro Primario:

Compañía principal: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Póliza #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_

### Seguro Secundario:

Compañía principal: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Póliza #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_

### Tutor/Información: (DEBE COMPLETARSE PARA TODOS LOS MENORES)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el menor: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

*Estoy de acuerdo en que toda la información proporcionada es correcta y verdadera a mi leal saber y entender.*

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA:**

Autorizo a Trinity Adult & Pediatric Orthopedic Specialists PLLC a divulgar cualquier información médica solicitada por las compañías de seguros con las que tengo cobertura o cualquier agencia pública que pueda estar ayudando en el pago de mi atención médica.

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN Y CESIÓN DE BENEFICIOS:**

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar cualquier reclamo asociado con Trinity Adult & Pediatric Orthopedic Specialists PLLC con respecto a mi atención médica. Permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original.

**CESIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO:**

Autorizo el pago de beneficios para que se pague directamente a Trinity Adult & Pediatric Orthopedic Specialists PLLC. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por esta asignación. Autorizo reembolsos de beneficios de seguro pagados en exceso, cuando mi cobertura está sujeta a la coordinación de beneficios. En caso de incumplimiento, acepto pagar todos los costos derivados del cobro del pago, incluidos los honorarios de abogados.

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:**

Por la presente, autorizo a los proveedores de atención médica de Trinity Adult & Pediatric Orthopedic Specialists PLLC para realizar un examen físico y proporcionar cualquier tratamiento médico que se considere necesario. Esto incluye, entre otros, todos los exámenes médicos, radiografías y/o procedimientos médicos/quirúrgicos requeridos.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:**

Trinity Adult & Pediatric Orthopedic Specialists PLLC debe proporcionarle una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, que establece cómo podemos usar y / o divulgar su información de salud. La firma a continuación indica el reconocimiento de recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad de nuestra oficina.

**FIRMA AUTORIZADA:**

Autorizo que he leído este documento y completado la información solicitada lo mejor que puedo.

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

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **POLÍTICA FINANCIERA**

Los pagos de todos los servicios vencerán en el momento en que se presten los servicios. Con el fin de brindarle un mejor servicio, aceptamos efectivo, cheques, Visa, Master Card, Discover, American Express y Care Credit. Como cortesía,

Es nuestra política facturar a su compañía de seguros, aunque usted es en última instancia responsable de toda la factura. Como parte responsable, comprenda:

*(POR FAVOR, PONGA SUS INICIALES EN CADA UNO DE LOS SIGUIENTES DATOS)*

\_\_\_\_\_ 1. Se deberá pagar un depósito de cirugía de \$ 500.00 para pacientes con deducible y/o coseguro no cubiertos. (Se pueden hacer excepciones para pacientes con una cobertura del 100%). El saldo de su parte de la cirugía se le facturará después de que su seguro haya finalizado su reclamo. La cancelación de la cirugía o la no presentación del paciente 7 días o menos días antes de la cirugía programada se cobrará una tarifa de \$ 100.00.

\_\_\_\_\_ 2. Las tarifas por servicios, que incluyen saldos impagos, deducibles y copagos, vencen en el momento del servicio. Los cheques devueltos y los saldos impagos pueden estar sujetos a cargos de colocación y cobranza, incluidos los cargos por servicio bancario.

\_\_\_\_\_ 3. Hay una tarifa por copias de registros médicos que no sean solicitadas por otro médico. Las primeras 25 páginas costarán \$25.00 y \$.50 por cada página adicional después de eso. Un cargo adicional por el disco de radiografías será de \$25.00.

\_\_\_\_\_ 4. Entiendo que el tratamiento puede implicar que mi médico recete equipo médico duradero (DME) que puede incluir, entre otros, aparatos ortopédicos, aparatos ortopédicos personalizados, cabestrillos, botas y vendas, y que es posible que mi seguro no cubra estos artículos. Entiendo que seré en última instancia responsable del pago de estos artículos y que estos artículos no pueden ser devueltos una vez que hayan salido de las instalaciones.

\_\_\_\_\_ 5. Cualquier documento o papeleo que nuestra oficina deba completar para incluir. FMLA y STD (discapacidad a corto plazo) tendrán una tarifa de \$75.00 y estarán listas para ser recogidas en 7-10 días hábiles. Si se requiere un servicio acelerado, habrá una tarifa de \$ 100.00 y estará listo para recoger dentro de los 2 días hábiles. Todas las tarifas deben pagarse antes de recoger.

\_\_\_\_\_ 6. A todas las cuentas se les cobrará una tarifa de NO SHOW de \$ 50.00 en caso de que no llame dentro de las 24 horas anteriores a su cita.

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **Tratamiento para las fracturas**

Todas las compañías de seguros exigen que nuestros servicios se facturen utilizando un sistema de codificación conocido como CPT (Terminología Procesal Actual). Los códigos utilizados para describir los servicios prestados se encuentran en la sección de cirugía del libro de códigos del CPT. Esto no significa que se haya sometido a una operación, es simplemente la categoría que la industria de la salud utiliza para la facturación de la atención de fracturas.

La explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) de su seguro puede incluir nuestros servicios como cirugía. Esto es apropiado en función de los estándares de las pautas de facturación médica.

### **• El pago vence en el momento en que se prestan los servicios.**

De acuerdo con las pautas de CPT, la atención de fracturas se factura como un servicio empaquetado o global.

Es decir, en el momento de la atención inicial, se genera una factura que incluye:

1. Tratamiento de la fractura.
2. Primera aplicación de yeso o férula (esto no incluye suministros)
3. 90 días de atención de seguimiento normal y sin complicaciones

Hay artículos que no están incluidos en el servicio empaquetado. Estos servicios se facturarán además del código de atención de fracturas:

1. Evaluación inicial por parte del cirujano ortopédico.
2. Radiografías
3. Suministros de fundición y/o soportes/tirantes aplicados

**Los materiales de fundición impermeables no están cubiertos por su seguro. Los planes de salud consideran que la aplicación de este material es una conveniencia para el paciente y no una necesidad médica.**

Agradecimientos: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del padre: \_\_\_\_\_

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