

Especialistas en Manos y Muñecas de Palm Beach

Consentimientos, Acuerdos y Reconocimientos

Yo consiento y autorizo el rendido de atención y tratamiento, incluidos pero no limitados médicos, quirúrgicos, de diagnóstico o cualquier otro tratamiento considerado necesario o aconsejable por los empleados y agentes autorizados de Especialistas en Manos y Muñecas de Palm Beaches (HWSPB) . Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta. También entiendo que el diagnóstico médico y quirúrgico puede implicar riesgos de lesiones o incluso la muerte. No se me han dado garantías con respecto a los resultados de mis exámenes o tratamientos. Entiendo que puedo ser observado y/o recibir atención de estudiantes de medicina, enfermería y otros cuidados de la salud en entrenamiento en HWSPB. Entiendo que es mi responsabilidad seguir todas las instrucciones tanto escritas como verbales de HWSPB, también hacer los arreglos necesarios para mi atención de seguimiento. Tengo derecho a rechazar la atención en cualquier momento.

Firma del paciente (o Tutor): _____ Fecha: _____

Autorizo a los especialistas en manos y muñecas de Palm Beaches y sus asociados a dejar mensajes telefónicos en mi casa y/o teléfono celular. Entiendo que estos mensajes pueden incluir información médica confidencial. Las siguientes personas están autorizadas a discutir u obtener copias de mi información médica:

Nombre: _____

Nombre: _____

Firma del paciente (o Tutor): _____ Fecha: _____

Se me ha dado la oportunidad de revisar y recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de los Especialistas en Manos y Muñecas de Palm Beaches.

Entiendo que para mantener un registro médico preciso y evitar interacciones adversas con medicamentos, debo informar cualquier cambio en los medicamentos a Especialistas en Manos y Muñecas de Palm Beaches tan pronto como sea razonablemente posible. También doy mi consentimiento para la coordinación de mi registro de medicamentos con mi farmacia y especialistas en manos y muñecas de Palm Beach. Una vez que nuestra oficina (HWSPB) entrega equipo de apoyo médico a un paciente (y/o tutor del paciente), el equipo se vuelve no reembolsable de inmediato.

Acepto estar inscrito en el portal de prácticas. Puedo obtener mis registros médicos y enviar mensajes a la práctica a través del portal. Entiendo que este es un sistema de mensajería de alta seguridad y NO utilizarlo para mensajes urgentes.

Entiendo que los especialistas en manos y muñecas de Palm Beach generalmente brindan servicio a los pacientes de lunes a viernes de 8:30AM a 5:00PM. Las citas para el mismo día están disponibles solo con carácter urgente. Para emergencias, debo llamar al 911 o ir a la sala de emergencias más cercana.

Acepto llegar a tiempo o temprano a mi cita. Si llego más de 15 minutos tarde a mi cita, entiendo que mi cita puede cancelada y estaría sujeto a una tarifa de cancelación de \$ 25 según el criterio de las prácticas.

Especialistas en Manos y Muñecas de Palm Beaches REQUIERE AVISO DE 24 HORAS para cancelar o reprogramar citas en el consultorio, y 2 semanas de aviso para cancelar o reprogramar una cirugía. Entiendo que el incumplimiento de esta póliza resultará en un cargo (\$25 dólares por citas con el médico, \$50 dólares por citas de terapia) y hasta \$350 dólares por cirugía según el criterio de la práctica. Es póliza de este consultorio médico que una vez que sea registrado a un paciente, su copago relacionado se vuelve no reembolsable.

Entiendo que soy responsable de proporcionar a los especialistas en manos y muñecas de Palm Beach todos los registros médicos y las imágenes de diagnóstico según lo solicite la práctica. En caso de que no proporcione a la oficina los registros solicitados, entiendo que mi cita puede ser cancelada y estaría sujeto a un cargo de cancelación de \$25.

Entiendo que Especialistas en Manos y Muñecas de Palm Beaches acepta la determinación de Medicare; sin embargo, sigo siendo responsable de cualquier deducible, co-seguro y/o servicios no cubiertos. Autorizo que cualquier pago realizado por Medicare o un seguro secundario se envíe directamente a Especialistas en Manos y Muñecas de Palm Beaches.

Firma del paciente (o Tutor): _____ Fecha _____

Especialistas en Manos y Muñecas de Palm Beach

Apellido		Primer nombre		ISN	Género (al nacer) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer
Fecha de nacimiento	SSN#	Dirección de correo electrónico (Requerido)			
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono de casa	Teléfono móvil		Telefono alternativo		
Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Portal <input type="checkbox"/> Otro _____				Recomendado por, o cómo nos encontró	
Estado civil <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Asociado Domestico <input type="checkbox"/> Viudo/a		Empleador Marque aquí si está jubilado <input type="checkbox"/>		Ocupación	
Nombre del contacto de emergencia		Número de teléfono		Relación con el paciente	
Nombre de la farmacia	Ubicación de la farmacia (Dirección o cruce de calles)		Número de teléfono de la farmacia #		

El Gobierno EXIGE que TODOS los pacientes respondan lo siguiente:

Idioma Preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	Raza <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro _____
Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	

Seguros y Financiero

Nombre de la persona financieramente responsable	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente
Seguro primario/pagador (debe presentar prueba de cobertura)	Seguro secundario/Pagador (Debe presentar prueba de cobertura)	

Certifico que he proporcionado información actual y precisa sobre el seguro o el pagador. Autorizo y asigno a los Especialistas en Manos y Muñecas de Palm Beaches (HWSPB) todos los beneficios del seguro incluidos, si alguno, al contrario pagados a mí por los servicios rendidos. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos acumulados por los servicios rendidos por HWSPB, ya sea que los pague o no el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los envíos de seguros. HWSPB puede usar mi información de atención médica y puede divulgar dicha información a las compañías de seguros mencionadas anteriormente y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro de los beneficios pagables por los servicios relacionados.

Firma: _____ Fecha: _____