

# MANSFIELD F·A·M·I·L·Y PRACTICE

Por Favor, marque el proveedor que desea ver:

Dr. Sandra Hughes

Dr. Ayaz Madraswalla

Dr. Ross Winakor

## PATIENT INFORMATION

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de seguro social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Dirección Postal (en caso de ser distinta de anterior): \_\_\_\_\_

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

Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Laboral: \_\_\_\_\_

Contact Preferencia?  Casa  Celular  Trabajo Puedes dejar un mensaje detallado en:  Casa  Celular  Trabajo

Correo Electronico: \_\_\_\_\_ Desearia acceder a Nuestro Portal de pacientes?  Si  No

Estado civil:  M  S  D  W  O Genero de nacimiento:  Masculino  Feminina Genero Identificado: \_\_\_\_\_

Raza:  American Indian/Alaska Native  Native American/Pacific Islander  Black/African American  Asian  White  Other

Etnicidad:  Hispanic/Latino  Not Hispanic/Latino  Me niego de responder de Raza/Etnicidad

Padre/Tutor Legal (si es menor): \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor Legal (si es menor): \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Razón de la visita:  Examen físico anual Fecha: \_\_\_\_\_  Inquietudes de salud/Preguntas que desea discutir:

¿Lo han observado en otro lugar por esta razón? Si es asi, donde? \_\_\_\_\_

## Seguro Medico Principal

Nombre del Plan de Seguro: \_\_\_\_\_

Numero de Identificacion: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_

Empleador de Suscriptor: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social del Suscriptor: \_\_\_\_\_

Direccion del Suscriptor: \_\_\_\_\_

## Seguro Medico Secundario

Nombre del Plan de Seguro: \_\_\_\_\_

Numero de Identificacion: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_

Empleador del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social del Suscriptor: \_\_\_\_\_

Direccion del Suscriptor: \_\_\_\_\_

# MANSFIELD F·A·M·I·L·Y PRACTICE

## Autorización para la divulgación de datos de salud

(¿A quien no autorizas para hablar en tu nombre?)

Yo, (Nombre del paciente) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Ordeno a los

(Por favor, Imprima)

Proveedores de atención medica de Mansfield Family Practice deben revelar y liberar mi información médica protegida a las siguientes personas:

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

Numero de Contacto: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ relación: \_\_\_\_\_

Numero de Contacto: \_\_\_\_\_

Las personas mencionadas anteriormente tienen mi autorización para solicitar información en mi nombre, incluyendo la fecha y hora de las citas, el seguro/la facturación y lo siguiente sobre mi atención medica:

### Información de salud que será divulgada, a solicitud de la persona mencionada anteriormente (Marque todas las que correspondan):

- A. Revelar mi historial medico completo (incluidos, entre otros, diagnósticos, análisis del laboratorio, pronósticos, tratamientos y facturación de todas las condiciones)
- Vacunas
- Otro: \_\_\_\_\_

- O -

- B. Divulgar mi historial médico, como mencionó anteriormente, pero NO DIVULGAR lo siguiente (marque la casilla correspondiente):
  - Registros de salud mental
  - Enfermedades infecciosas transmisibles (incluido del VIH y el SIDA)
  - Tratamiento del abuso de alcohol y sustancias
  - Embarazo
  - Otro (especificar): \_\_\_\_\_

Esta autorización será válida hasta (marque una):

- Todos los periodos anteriores, presentes y futuros.

- O -

- Fecha o evento: \_\_\_\_\_ a menos que yo lo cancele.  
(NOTA: Usted puede anular esta autorización por escrito en cualquier momento notificándonoslo por escrito.)

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que firma esta autorización

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que completa esta autorización

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

# MANSFIELD F·A·M·I·L·Y PRACTICE

## Authorization For Release of Records TO MANSFIELD FAMILY PRACTICE

I, (Nombre del paciente) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

(Imprima)

Autorizar:

Nombre de la institución de atención medica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Numero de fax: \_\_\_\_\_

Para la divulgación de registros médicos a:

Mansfield Family Practice

34 Professional Park Road, Storrs, CT 06268

Fax: 860-429-8738

Phone: 860-487-0002

**Información de salud que será divulgada, a solicitud de la persona mencionada anteriormente (marque la casilla correspondiente):**

- A. Divulgar mi historial médico integral (incluidos, entre otros, diagnósticos, análisis de laboratorio, pronósticos, tratamientos y facturación de todas las afecciones, así como los registros de cualquier especialista)
- Vacunas
- Otro: \_\_\_\_\_

**-O-**

- B. Divulgar mi historial médico, como se ha indicado anteriormente, pero NO DIVULGAR lo siguiente **(Marque la casilla correspondiente)**
  - Registros de salud mental
  - Enfermedades infecciosas transmisibles (incluido VIH and AIDS)
  - Tratamiento del abuso de alcohol y sustancias
  - Embarazo
  - Otro (especificar): \_\_\_\_\_

Esta autorización será válida hasta (marque una):

- Todos los periodos pasados, presentes y futuros, O

- Fecha o evento: \_\_\_\_\_ a menos que se

rovoque. (NOTA: Esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento notificándonos por escrito.)

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que completa esta autorización

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que complete esta autorización

\_\_\_\_\_  
relación del paciente

# MANSFIELD F·A·M·I·L·Y PRACTICE

## Declaración De Política Financiera Dirigida a Nuestros Pacientes

No comprometemos a ofrecer atención médica de calidad y asequible. Dado que algunos de nuestros pacientes han planteado preguntas sobre la responsabilidad del paciente y del seguro en relación con los servicios prestados, hemos elaborado esta declaración de política financiera. Le solicitamos que la lea, nos haga cualquier pregunta que tenga y firme en el espacio proporcionado. Se le proporcionará una copia si así lo solicita.

### 1. Seguro:

La cobertura y los requisitos del seguro varían considerablemente. A pesar de nuestros esfuerzos, no podemos mantenernos al tanto de todos los cambios. En última instancia, es su responsabilidad conocer lo que exige su seguro. Si no está cubierto por un plan con el que colaboramos, se espera que abone el monto total en cada visita. Si está asegurado por un plan con el que trabajamos, pero no posee una tarjeta de seguro actualizada, se requerirá el pago total en cada visita hasta que podemos verificar su cobertura de seguro.

Si tiene alguna consulta, le sugerimos que se comuniquen con su compañía de seguros.

Los copagos deben pagarse en el momento de la visita.

Si dispone de un seguro distinto para sus recetas, es fundamental que también contemos con esa información.

### 2. Servicios excluidos:

Tenga en cuenta que algunos (o quizás todos) los servicios que reciba pueden no estar cubiertos o no ser considerados razonables o necesarios por Medicare u otras aseguradoras. Se le pedirá el pago total de estos servicios al momento de la visita. Se le solicitará que firme una exención para reconocer que es consciente de que su Seguro no cubrirá estos servicios y que usted es financieramente responsable del pago de este servicio.

### 3. Certificado de seguro:

Todos los pacientes deben completar y firmar Nuestro formulario de admisión de información para pacientes antes de ser atendidos por un médico. Es necesario obtener una copia de su licencia de conducir y una copia de su tarjeta de seguro vigente y válida. Si no proporciona la información correcta en el momento adecuado, será responsable del saldo de la reclamación.

### 4. Presentación de quejas:

Presentaremos sus reclamaciones y le asistiremos en todo lo que podamos para asegurar su pago. Es posible que su compañía de seguros le solicite que proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad atender dicha solicitud. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamación es su responsabilidad, independientemente de si su compañía de seguros paga o no. Su beneficio de Seguro constituye un contrato entre usted y su compañía de seguros; nosotros no somos parte de dicho contrato. Si su compañía de seguros no abona su reclamación en un plazo de 45 días, se la facturará automáticamente el saldo.

### 5. Modificaciones en la cobertura:

Si su seguro se modifica, debe informarnos antes o durante su próxima visita para que podamos efectuar los cambios pertinentes y ayudarle a obtener los máximos beneficios.

### 6. Incumplimiento de pago:

Si su cuenta presenta un atraso superior a 90 días, recibirá una notificación indicando que debe abonar el total de su deuda. No se aceptarán pagos parciales a menos que se acuerde lo contrario. Tenga en cuenta que, si persiste un saldo pendiente, Podemos remitir su cuenta a una agencia de cobranza externa, lo que podría resultar en la baja de usted y sus familiares directos de esta práctica. En tal caso, se le informará por correo postal y certificado, otorgándole un

plazo de 30 días para buscar atención medica alternativa. Durante este período de 30 días, Nuestro medico solo podrá atenderle en situaciones de emergencia.

## **7. Citas no atendidas:**

Para ayudarnos a ofrecerle un mejor servicio, le solicitamos que asista a sus citas programadas o que llame 24 horas antes de su cita para reprogramarla. Si no se presenta a una cita programada y no la cancela, no podremos atender a otro paciente que lo necesite. Existe una tarifa de \$25.00 por no presentarse que su proveedor puede cobrarle si no asiste mas de una vez. La acumulación de citas perdidas puede resultar en la baja del consultorio.

## **8. Citas retrasadas:**

Se considerará que llega tarde a una cita programada si se presenta 10 minutos después de la hora establecida. Dado que el tráfico es impredecible, le sugerimos que contemple tiempo adicional para su trayecto.

## **9. Tarifa por la cumplimentacion del formulario:**

Completaremos los formularios necesarios para exámenes físicos escolares o de campamento, discapacidad, FMLA, etc., en un plazo de 7 días. Se podrá aplicar una tarifa de \$25 por la cumplimentación del formulario.

## **10. Padres/Tutores:**

Soy responsable de cualquier cantidad adeudada por los servicios o tratamientos proporcionados al niño or niños bajo su tutela.

## **11. Efectuar pagos:**

El pago puede edectuarse en Nuestro sitio web: [MFPStorrs.com](http://MFPStorrs.com).

## **12. Recargas de prescripciones:**

Completaremos o renovaremos las recetas en un plazo de veinticuatro (24) horas. Las solicitudes de renovación realizadas fuera del horario laboral se procesarán el siguiente día hábil.

## **13. Devolución de llamadas telefónicas y correspondencia:**

Haremos todo lo posible para responder a sus Comunicaciones de manera oportuna durante el horario laboral habitual. Agradecemos su paciencia mientras enfrentamos desafíos de personal. Le animamos a que se comunique con nosotros a través del portal para pacientes. Por favor, comprenda que es posible que deba visitarnos en Nuestro consultorio para llevar a cabo un diagnóstico y tratamientos adecuados.

**Si se encuentra en una situación que compromete su vida, comuníquese con el 911 o dirijase a la sala de emergencias mas cercana.**

## **14. HIPAA Declaracion de Privacidad:**

Todos los pacientes nuevos deben completar la HIPAA Declaración de privacidad, y todos los pacientes

deben actualizarla anualmente para compartir información y registros relacionados con la atención médica y los servicios que reciben en este consultorio. Este formulario detalla cómo Podemos utilizar y divulgar información médica protegida sobre usted, así como sus derechos y obligaciones en relación con el uso y la divulgación de dicha información.

Agradecemos su comprensión respecto a nuestra política financiera y de pagos. Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en ponerse en contacto con nosotros.

---

Firma de paciente o representante autorizado

---

Fecha

**MANSFIELD F·A·M·I·L·Y PRACTICE**

**Asignación de beneficios y responsabilidades financieras**

---

**Apellido**

**Nombre**

**Fecha de Nacimiento**

---

**Dirección**

**Divulgación de Datos:** Yo autorizo **Mansfield Family Practice** divulgar y comunicar a mi(s) compañía(s) de seguros, incluidos Medicare, Medicaid, proveedores de beneficios complementarios/Medigap y aseguradoras privadas, según corresponda, cualquier información médica y de tratamiento necesaria para fines de pago por los servicios prestados. Autorizo el uso de este formulario para la divulgación de la información necesaria para procesar reclamaciones a todas mis compañías de seguros y sus agentes autorizados. Autorizo a mi proveedor/práctica a actuar como mi representante para facilitar la obtención del pago de mis compañías de seguros.

**Cesión de Derechos:** Cedo todos los pagos, derechos y reclamaciones de reembolso, así como los costos y gastos permitidos bajo mi(s) plan(es) de seguro, directamente a mi proveedor o consultorio por los servicios prestados, entiendo que recibiré un estado de cuenta por cualquier saldo que deba y acepto realizar el pago total al recibir dicho estado de cuenta, una vez que el seguro haya cumplido con su obligación.

**Acuerdo de Responsabilidad:** Entiendo que DEBO ABONAR EL COPAGO EN EL MOMENTO DEL SERVICIO. Reconozco que soy financieramente responsable de los cargos que no cobra mi compañía de seguros. Asimismo, comprendo que si mi cuenta está pendiente de pago, recibiré una notificación indicando que mi cuenta podría ser transferida a cobranzas si no realizo el pago. Entiendo que seré responsable de los honorarios y costos legales de Mansfield Family Practice si este asunto se remite a cobranzas y que tanto yo como mis familiares podríamos ser dados de baja del consultorio.

**Comunicaciones Por Teléfono y Portal:** Reconozco que si opto por recibir asesoramiento médico adicional a través de teléfono o mediante una comunicación por portal en lugar de una consulta en persona, se presentará un reclamo a mi compañía de seguros y seré responsable de cualquier copago y/o deducible conforme a mi contrato con dicha compañía.

**Autorización De Medicare:** Si soy beneficiario de Medicare, reconozco que mi firma solicita el pago y autorizo la divulgación de la información médica necesaria para procesar las reclamaciones. Si se indica "otro seguro médico" en el punto 9 del Formulario HCFA-1500, o en cualquier otra sección de los formularios de reclamación aprobados, o en las reclamaciones presentadas electrónicamente, mi firma autoriza la divulgación de información a las compañías de seguros o sus agentes autorizados. En los casos asignados por Medicare, el médico o proveedor acepta el cargo determinado por la compañía de seguro de Medicare como el cargo total, y reconozco que soy responsable del deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos. El coseguro y los deducibles se basan en la determinación del cargo de la compañía de seguros de Medicare.

---

Firma del paciente o representante autorizado

---

Fecha

---

Si en un representante autorizado, por favor imprima su nombre

---

Relación con el paciente