



**LOUISIANA PAIN
SPECIALISTS**
PAIN DIAGNOSIS & INTERVENTION EXPERTS

231 W. Esplanade Ave., Suite B
Kenner, LA 70065
4520 Wichers Dr. Suite 205
Marrero, LA 70072

Phone: (504) 754-2334 Fax: (504) 324-2078

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de Seguridad Social: _____ Teléfono: _____

Información de Titular Principal de la Póliza

Nombre del titular: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Empleador: _____

Número de Seguridad Social: _____ Teléfono: _____

Información del Asegurador Primario

Asegurador Primario: _____

Número del grupo: _____ Número de Póliza/ID: _____

Información del Asegurador Secundario

Asegurador Secundario: _____

Número del grupo: _____ Número de Póliza/ID: _____

AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO Y ACUERDO FINANCIERO: Yo autorizo el tratamiento de la persona nombrada arriba y yo consiento en pagar todos gastos y honorarios médicos de ese tratamiento puntualmente al recibir la factura, a menos que ya exista un acuerdo de pago escrito. Se entiende que los honorarios indicados por la factura son correctos y razonables, a menos que son disputados dentro de treinta (30) días desde la fecha de la factura. Aunque los agentes de esta oficina me puedan ayudar en presentar una reclamación, yo entiendo que estoy totalmente responsable por el saldo y reconozco que el pago no será retrasado debido a cualquier reclamación de seguro pendiente. En caso de que cualquier acción legal suceda para coleccionar algún saldo impago, yo consiento en pagar todos honorarios del abogado u otros gastos que me imponga el tribunal.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Autorizo que se abonen los beneficios del seguro directamente a este médico/clínica, a menos que ya los hubiera abonado yo mismo anteriormente y también le autorizo al médico/clínica que le divulgue información médica sobre mí a mi médico remitente, médico asignado, esposo/a, hijos o hijas, padres y cualquier médico a quien me refiera.

Firmado: _____ (Paciente) Fecha: _____

CUALQUIER PACIENTE DE MEDICARE TIENE QUE FIRMAR ESTA CLAUSULA: Pido que el pago del programa de seguro médico se haga en nombre mío a Southern Pain Relief por cualquier servicio que recibí yo por su(s) médico(s) y/o empleado(s). Yo le autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí que se la divulgue al Health Care Financing Administration y sus agentes lo que se necesite para la determinación de estos beneficios o beneficios debidos por servicios relacionados. Yo permito que una copia de esta autorización se use en vez del original.

Firmado: _____ (Paciente) Fecha: _____

Póliza Financiero y Aviso de las Normas de Privacidad

Beneficios de Seguro

Southern Pain Relief exige que se abonen reclamaciones por los aseguradores dentro de treinta (30) días. Si su asegurador no ha pagado la reclamación dentro de 30 días, se entiende que cualquier saldo impago se convierte en responsabilidad del Titular Principal de la póliza.

Copagos de Seguro

De acuerdo con mi contrato de seguro, yo entiendo que el copago se vence en que el momento que los servicios se otorgan.

Deducible

Si el deducible de mi seguro no se ha logrado, entiendo que el saldo pendiente se coleccionará al momento que los servicios se otorgan y al momento que los procedimientos se programan.

Co-Seguro

Yo entiendo que los pagos de co-seguro se pueden coleccionar al momento que los servicios se otorgan y al momento que estos procedimientos se programan.

Pago Privado

Si me falta cobertura de seguro, o si tengo seguro con el cual Southern Pain Relief no participa, o Southern Pain Relief no puede verificar cobertura de seguro actual, yo entiendo que el pago entero se espera en el momento que los servicios se otorgan y al momento que los procedimientos se programan. Se puede pedir un programa de tarifas.

Seguro Secundario

Se entiende que Southern Pain Relief no archiva reclamaciones con aseguradores secundarios y que yo estoy totalmente responsable en cuanto a los pagos a los seguros secundarios. **Aviso a Pacientes de Medicare:** Si no logramos verificar que haya un archivamiento automático de reclamaciones al asegurador secundario, se puede que Ud. tenga la responsabilidad por saldos a seguros secundarios al momento que los servicios se otorgan y al momento que los procedimientos se programan.

Póliza de reembolso

Yo entiendo que los saldos coleccionados de mí (incluso co-pagos, co-seguro, y deducibles) se basan sobre información recibida por Southern Pain Relief de mi asegurado. Reembolsos se hacen solamente después de que una demanda escrita se presente y que un reembolso total y se hizo por todos servicios médicos en el cuento, a pesar de la fecha de servicio. Favor de permitir de 4 a 6 semanas para que las demandas se procesen.

Verificación de beneficios y servicios non-cobrados

Pólizas de seguro se individualizan por plan de paciente. Southern Pain Relief puede proveer servicios que mi plan de seguro excluye. Yo entiendo que es mi responsabilidad de verificar cobertura, beneficios, y exclusiones. Yo entiendo que cualquier servicio non-cobrado se hace responsabilidad mía.

Cobros

Yo entiendo que cuando una cuenta se ponga en cobro, cualquier servicio siguiente ha de abonarse al momento que los servicios se otorgan (No se aceptan los cheques). Si mi cuenta se pone en cobros, yo estaré responsable por cualquier tarifa o interés que se aumente.

No Personarse o cancelar tarde/Cheque Revotado

Cancelaciones hechas menos de 24 horas de antemano o en caso de no personarse, se efectuará un cobra de \$48.00 por visitas clínicas y un cobro de \$228.00 por procedimientos. Yo me encargo de estos cobros, y no se facturan a mi asegurado. También, admito que si yo no me persono o si yo cancelo tarde 3 veces o más por cualquier servicio, me puede referir por tratamiento a otra clínica. Cheques revotados efectuarán cobros de \$38.00. Historias clínicas detalladas son disponibles a partir de \$12.00.

Noticia de las Normas de Privacidad

Yo entiendo que la Noticia de las Normas de Privacidad de Southern Pain Relief se presenta por inspección pública a la facilidad y en el sitio-web. Este aviso describe cuanta información médica sobre Ud. se puede usar y divulga como Ud. puede conseguir esta información. Favor de revisarlo con cuidado. Yo reconozco que yo he tenido la ocasión de leer la Noticia de las Normas de Privacidad de Southern Pain Relief.

Yo he leído y consiento en obedecer esta póliza financiera y noticia de las normas de privacidad.

Firma _____

Fecha _____



231 W. Esplanade Ave., Suite B
Kenner, LA 70065
4520 Wichers Dr. Suite 205
Marrero, LA 70072

Phone: (504) 754-2334 Fax: (504) 324-2078

INFORMACION SOBRE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

Aviso a Paciente:

Se exige que le proveamos a Ud. una copia de nuestra Información Sobre las Normas de Privacidad, que establece nuestro derecho de usar y/o divulgar información de su salud. Favor de firmar este formulario para acusar recibo de la Noticia. Ud. tiene derecho de no firmar el formulario, si lo prefiera.

Firma debajo es el único acuse de recibo de esta Información de las Normas de Privacidad.

Nombre de Paciente _____

Relación a Paciente _____

Firmado _____

Fecha _____

EXCLUSIVAMENTE PARA USO OFICIAL

Yo intenté obtener la firma de paciente en acuso de recibo de esta Información de las Normas de Privacidad, pero no lo logré a causa de los motivos documentados:

I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgment on this Notice of Privacy Practices, but was unable to do so as documented below:

- El/la paciente se negó de firmar.
 - A causa de una situación urgente, no fue posible conseguir un acuse de recibo.
 - No fue posible comunicarse con el/la paciente.
 - Otro (Favor de proveer detalles específicos)
-
-

Firma _____

Fecha _____

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

El Departamento de Salud y Hospitales en Louisiana (DHH) provee muchos tipos de servicios. El personal del DHH debe coleccionar información sobre usted para proveer estos servicios. En el DHH sabemos que la información que obtenemos sobre usted y su salud, es privada. El DHH está obligado a proteger esta información por medio de leyes Federales y Estatales. **A esta información la denominamos “información protegida sobre salud” (PHI).**

Esta Notificación sobre Prácticas de Privacidad le informa a usted cómo el DHH puede usar o revelar su información. No se describirían todas las situaciones. Estamos obligados a proveerle una notificación de nuestras prácticas de privacidad sobre la información que le solicitamos y que mantenemos en nuestros archivos. El DHH debe cumplir con los términos de la notificación que esté en vigencia. Sin embargo, el DHH puede cambiar sus prácticas de privacidad y hacerlo efectivo para toda PHI que es mantenida en el Departamento.

DHH Puede Usar y Revelar

Información Sin Su Autorización

- **Por Tratamiento.** DHH puede usar o revelar información a proveedores de la salud que están involucrados en el

cuidado de su salud. Por ejemplo, la información puede ser proporcionada para crear y llevar a cabo un plan para su tratamiento.

- **Por Pagos.** DHH puede usar o revelar información para obtener o hacer pagos por servicios de salud que usted recibe. Por ejemplo, DHH puede proveer PHI para facturar su plan de salud por servicios que se le han proporcionado.

- **Por Administración del Cuidado de la Salud.** DHH puede usar o revelar información para la administración de programas y actividades. Por ejemplo, DHH puede usar PHI para revisar la calidad de los servicios que usted recibe.

- **Citas médicas y Otra Información de Salud.** DHH puede enviarle recordatorios sobre servicios médicos, chequeos y renovación de su elegibilidad. DHH puede enviarle información sobre servicios médicos que pueden ser de su interés.

- **Por Actividades sobre Salud Pública.** DHH es la agencia de salud pública que mantiene y actualiza información vital como nacimientos, muertes y datos sobre salud y enfermedades.

- **Por Supervisión de las Actividades de Salud.** DHH puede usar o revelar información para inspeccionar o investigar a proveedores de la salud.

- **Como lo Requiere la Ley y para Hacer Cumplir la Ley.** DHH usará y revelará información cuando lo requiera o permita la ley federal o estatal por orden judicial.

Si la ley federal o estatal crea estándares más elevados de privacidad, DHH los adoptará.

- **Por Reportes de Abuso e Investigaciones.** La ley obliga al DHH a recibir e investigar reportes de abuso, negligencia o explotación.

- **Por Programas de Gobierno.** DHH puede usar y revelar información para beneficios públicos bajo otros programas de gobierno. Por ejemplo, DHH puede revelar información para determinar beneficios de Ingreso de Seguro Suplementario (SSI).

- **Para Evitar Daños.** DHH puede revelar PHI a agencias que hacen cumplir las leyes, para evitar serias amenazas a la salud, al bienestar y a la seguridad de personas o del público.

- **Para Investigación.** DHH usa la información con propósitos de estudios y para generar reportes.

- **Revelación de Información a Familia, Amigos y Otros.** DHH puede revelar la información a su familia u otras personas que estén involucradas en los cuidados de su salud. Usted tiene el derecho a objetar que esta información sea compartida.

Otros Usos y Divulgaciones Requieren Su Autorización Escrita

Para otras situaciones, el DHH le pedirá su autorización escrita antes de usar o revelar su información. Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento, por escrito. DHH no puede recuperar ningún uso o divulgación ya hecha con su autorización.

Otras Leyes Protegen Su Información Protegida sobre Salud

Muchos programas DHH tienen otras leyes para el uso y divulgación de su información. Por ejemplo, el DHH puede necesitar su autorización por escrito para usar o revelar información sobre sus tratamientos por salud mental o por dependencia de sustancias químicas.

Sus Derechos de Privacidad

- **Derecho a Ver y Obtener Copias de Su Expediente.** En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho a ver u obtener copias de sus registros. Tiene que solicitarlo por escrito. Puede ser que tenga que pagar por el costo de copiado de su expediente.

- **Derecho a Solicitar Corregir, Emendar o Actualizar su Expediente.** Si usted cree que hay algún error, puede solicitar al DHH que cambie o agregue información faltante en su expediente. Debe solicitarlo por escrito y dar una explicación a su solicitud.

- **Derecho a obtener una lista de las Divulgaciones.** Usted tiene derecho a solicitar al DHH una lista de su información que ha sido revelada después de Abril 14, 2003. Debe solicitarlo por escrito. Esta lista no incluirá las veces que la información fue revelada por razones de tratamiento, pagos o por administración del cuidado de la salud. Esta lista no incluirá información provista directamente a usted o su familia o información que fue dada con su autorización.

