



Póliza Financiera y Responsabilidad de Paciente

**Nos comprometemos a dar a nuestros pacientes cuidado de la mas alta calidad.
Gracias por tomar el tiempo de leer y entender nuestra poliza.**

Cada Proveedor de Salud y cada Paciente tiene una relacion unica con los proveedores de seguro medico y sus diferentes responsabilidades.

Es la Responsabilidad del Paciente:

- Informarse sobre su poliza de seguro medico. Nuestros pacientes deben estar informados de la cobertura y beneficios antes de su cita. Esto incluye que doctores estan contratados, que beneficios estan cubiertos, los requisitos de autorizacion, deducibles, y co-pagos. Recomendamos que hable con un representante de su seguro medico con cualquier pregunta sobre su cobertura.
- Obtener una nota de referencia de su Doctor Primario antes de recibir servicios en nuestra clinica. Servicios no cubiertos por su aseguransa medica seran considerados responsabilidad financiera del pasiente.
- Pagar su co-pago, deducible, o coaseguro durante su visita.
- Pagar sin demora cualquier pago asignado por su seguro medico como responsabilidad del paciente.
- Pagar cualquier balance no cubierto por su seguro medico como resultado de no informar la clinica sobre cobertura de su seguro.
- Facilitar los pagos entre su compania de seguro medico y nuestra clinica cuando un cargo no a sido cubierto.
- Como cortesia a nuestros pacientes, CVAM presentara cargos a los seguros secundarios y terciarios una sola ves. Pagos pendientes con su/s seguros secundarios y terciarios son la responsabilidad del paciente.
- Pagar cualquier recargo por cheques botados.
- **Dar un anticipo de 24 horas cuando quiera cancelar una cita. El no notificar nuestra oficina dentro de un periodo de 24 horas puede resultar en una fianza de: \$25-VISITA CON UN PROBEEDOR, \$50-ESTUDIOS.**

Es la Responsabilidad del Probeedor:

- Someter reclamos a su seguro medico departe de usted. CVAM mandara los reclamos a su compania primaria. Como cortesia a nuestros pacientes, reclamos a su seguro medico secundario or tersiario van a ser sometidos una sola ves. Un periodo de 60 dias va ser permitido para pagos pendientes. Despues de ese periodo el paciente sera responsable por el balance.
- CVAM, sus medicos, y empliados no son responsables de proveer informacion sobre la cobertura y beneficios de sus pacientes; pero como cortesia, el Departamento de Facturacion de CVAM esta a su disposicion para asistir le con sus preguntas.

CardioVascular Associates of Mesa puede publicar informacion referente a mi condicion medica y tratamiento a mi seguro medico. Asigno todos mis beneficios a CVAM. Entiendo que soy responsable de cualquier cargo o balance no cubierto por mi aseguransa. Esta autorizacion seguira en efecto al menos que sea revocada por mi en escrito.

E leido y entiendo la polica financiera. Entiendo que sin importar el estado de mi seguro medico, ultimadamente, yo soy responsable por el balance y los recargos por cualquier servicio rendido.

Nombre de Paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Póliza de Privacidad

CardioVascular Associates of Mesa, P.C.

HIPAA AVISO SOBRE PRACTICAS PRIVADAS

Este aviso describe como su información medica puede ser usada y publicada y como usted puede tener acceso a ella. Por favor revise esta póliza cuidadosamente. Si tiene preguntas sobre este aviso, por favor contacte nuestro Oficial de Privacidad o nuestro Oficial de Sumisión al número 480-641-5400.

Este aviso describe las prácticas de privacidad de nuestra oficina.

Se requiere por ley que:

- Mantengamos la privacidad de información medica privada
- Darle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información medica
- Seguir los términos del aviso en efecto actualmente

Como podemos usar y publicar su información medica

En lo siguiente se explican las maneras en que podemos usar y publicar su información medica. Excepto por las razones siguientes, usaremos y publicaremos su información medica solamente con su permiso escrito. Usted puede revocar este permiso en cualquier momento escribiéndole a nuestro Oficial de Privacidad o nuestro Oficial de Sumisión.

Tratamiento– Pueda que usemos y publiquemos su información medica para su tratamiento y para proveer le servicios relacionados a su tratamiento. Por ejemplo, puede que compartamos su información medica a doctores, enfermeras, técnicos o a otro personal, incluyendo personas fuera de nuestra oficina que están involucrados en su cuidado medico y necesitan la información para proveer le cuidado medico.

Pago – Pueda que usemos y publiquemos su información medica para que otras compañías o nuestra propia oficina puedan mandar le su factura y puedan recibir pago de usted, su seguro medico, o pago de una compañía terciaria por el tratamiento y servicios recibidos por usted. Por ejemplo, puede que compartamos su información medica a su compañía de seguro medico para que puedan responder por su tratamiento.

Operaciones de Cuidado Medico – Pueda que usemos y publiquemos su información medica para evaluar and mejorar nuestro cuidado medico y operar y manejar nuestra oficina. Por ejemplo, puede que compartamos su información medica con una organización colega o a un plan de salud que evalúa nuestro cuidado. También puede que compartamos información con personas que tengan una relación con usted y las actividades relacionadas con su salud tal como recordatorios de sus citas, alternativos para tratamientos, y beneficios y servicios relacionados a su salud. Cuando sea apropiado, pueda que compartamos su información medica con alguien involucrado en o quien pague por su cuidado (tal como un miembro de su familia o su pareja). Pueda que notifiquemos a su familia de su ubicación o condición o que compartamos información a alguien asistiendo en operaciones de socorro.

Investigación – Pueda que usemos y publiquemos su información medica para una investigación científica. Por ejemplo, una investigación comparando la salud de pacientes que recibieron un tratamiento a otros pacientes con la misma condición que recibieron otro tratamiento. Antes que comencemos una investigación, el proyecto necesita pasar por un proceso de aprobación. Aun sin la aprobación, nuestra clínica puede permitir a los investigadores tener acceso para identificar pacientes que puedan ser incluidos en la investigación con la condición que no remuevan o copien ninguna de su información medica.

Como es Requerido Por Ley – Nuestra oficina compartirá su información medica si es solicitada por ley internacional, federal, o local.

Para Prevenir un Riesgo Serio a Su Salud o Bienestar – Pueda que usemos y compartamos su información medica si es necesario para prevenir un riesgo serio a su salud y bienestar de usted, otra persona, o el publico. Solo será compartida su información a alguien que pueda prevenir el riesgo.

Asociados de Negocio – Pueda que usemos y publiquemos su información medica a nuestros asociados de negocio que proveen servicios de parte nuestra. Por ejemplo, quizá usemos otra compañía para procesar nuestras finanzas. Todos nuestros asociados de negocio estan obligados a proteger la privacidad de su informacion y no esta permitido que usen o compartan su infomacion por ningun propósito que no aparezca en su contrato con nuestra oficina.

Ejercito y Veteranos – Si es usted miembro de las Fuerzas Armadas, pueda que compartamos su información médica si es requerida por autoridades comandantes del ejército. Si es usted miembro de un ejército extranjero pueda que compartamos su información médica a las autoridades comandantes de ese ejército.

Indemnización Laboral – Pueda que compartamos su información medica para indemnización laboral o otros programas similares que proporcionan beneficios para trabajadores que han sufrido injurias o enfermedades relacionadas al trabajo.

Riesgos de Salud al Publico – Pueda que compartamos su información médica para actividades de salud pública para prevenir o controlar enfermedad, injuria o discapacidad. Pueda que usemos su información médica en el reportaje de nacimientos o muertes, si hay sospecha de abuso o descuido a un menor de edad, reacciones a medicaciones o fallos o injurias relacionados a algún producto y también en notificaciones de retiro de mercado. Quizás también usemos su información medica para notificar le a alguien que quizás haya sido expuesto a una enfermedad o puesto en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición. Si estamos preocupados que un paciente está siendo víctima de abuso, descuido o violencia domestica, puede que pidamos permiso de informar a la autoridad apropiada. Nosotros aremos ese informe solo cuando usted esté de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por ley.

Actividades de Descuidos de Salud – Pueda que compartamos su información a una agencia encargada de supervisar actividades de salud autorizadas por ley. Estas actividades incluyen revisión de cuentas, investigaciones, inspecciones, y licenciaturas. Estas actividades son necesarias para que el gobierno pueda monitorear el sistema de cuidado de salud, programas del gobierno y para asegurar el cumplimiento de leyes para derechos civiles.

Litigios y Disputas – Si usted está involucrado en un litigio o en una disputa, pueda que compartamos su información medica en respuesta a una orden administrativa o de la corte. Quizá compartamos su información medica en respuesta a una citación, proposición de prueba, o algún otro proceso con alguien mas involucrado en la disputa, solamente si se le a intentado contactar para informarle sobre la petición o para obtener una orden para proteger la información solicitada.

Aplicación de la Ley – Pueda que compartamos su información medica si es solicitada por un oficial de la ley si 1) ay una orden de corte, una citación, orden judicial, convocación o proceso similar; 2) si la citación esta limitada a información necesaria para identificar o localizar un sospechoso, fugitivo, testigo, o persona desaparecida; 3) la información es sobre la victima de un crimen a pesar de, bajo circunstancias muy limitadas, no poder obtener su consentimiento; 4) la información es sobre una muerte que pudo ser el resultado de conducta criminal; 5) la información es pertinente a conducta criminal en nuestro establecimiento; y 6) si es necesitada en una emergencia para reportar un crimen, la ubicación de un crimen o de victimas del crimen, o la identidad, descripción, o ubicación de la persona que haya cometido el crimen.

Coroners, Médicos Forenses, y Directores Funerarios – Pueda que compartamos su información con un coroner, médico forense, o director funerario para identificar un difunto o la causa de muerte, o otra circunstancia similar.

Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia – Pueda que compartamos su información medica a oficiales federales para inteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley.

Reclusos o Individuales en Custodia – Si es usted un recluso de una institución correccional o en custodia puede que compartamos su información 1) para que la institución pueda proveerle cuidado médico; 2) para proteger su salud y bienestar la de otras personas; 3) para el bienestar y seguridad de la institución.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACION MEDICA

Derecho a Inspeccionar y Copiar – Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su historial médico y factual por escrito a nuestro Oficial de Privacidad o nuestro Oficial de Sumisión.

Derecho a Enmendar – Usted tiene derecho a solicitar una enmienda a su historial por escrito a nuestro Oficial de Privacidad o nuestro Oficial de Sumisión. Si CardioVascular Associates of Mesa cree que el historial esta correcto, usted tiene el derecho de que su desacuerdo sea notado en su historial.

Derecho a Divulgaciones Contables – Usted tiene el derecho a una explicación a ciertas divulgaciones por escrito a nuestro Oficial de Privacidad o nuestro Oficial de Sumisión.

Derecho a Solicitar Restricciones – Usted tiene derecho a solicitar restricciones o limitaciones a su información medica usada para tratamiento, pago, o operaciones de cuidado de salud. Tiene el derecho de solicitar que limitemos la revelación de información medica a alguien involucrado en su cuidado o en el pago de su cuidado (por ejemplo a su pareja) por escrito a nuestro Oficial de Privacidad o nuestro Oficial de Sumisión. No estamos requeridos a estar de acuerdo con su solicitud, pero intentaremos complacerle.

Derecho a Solicitar Comunicación Confidencial – Usted tiene el derecho de pedir que comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Puede pedir, por ejemplo, que solos nos comuniquemos con usted por correo o cuando esté trabajando. Su petición escrita debe especificar como o donde prefiere ser contactado y debe ser dirigida a nuestro Oficial de Privacidad o nuestro Oficial de Sumisión. Complaceremos peticiones razonables.

Derecho a Presentar Una Queja – Usted tiene derecho a presentar una queja si cree que su información a sido usada o compartida de manera no permitida bajo leyes de privacidad, o si siente que no pudo ejercer sus derechos. Usted puede presentar una queja con nuestro Oficial de Privacidad o nuestro Oficial de Sumisión o a su seguro medico. También puede presentar una queja a el Gobierno Estadounidense.

CAMBIOS A ESTA NOTIFICACION:

Pueda que ágamos cambios a esta notificación y tomen efecto en la información medica que ya se encuentra en nuestro sistema como también con información nueva. La notificación actual va ser disponible en cualquier momento. Usted tiene derecho de pedir una copia de esta notificación durante cualquier visita o por escrito a nuestro Oficial de Privacidad o nuestro Oficial de Sumisión a la dirección siguiente:

CVAM
6116 East Arbor Avenue Suite 112
Mesa, Arizona 85206



6116 E Arbor Ave Bldg 3, Ste 112, Mesa, AZ 85206
2730 S Val Vista Dr Bldg 8N, Ste 140, Gilbert, AZ 85295
2979 W Elliot Rd Bldg 5, Ste 112, Chandler, AZ 85224
37100 N Gantzel Rd, Ste 202, Queen Creek, AZ 85140
Tel (480) 641-5400 Fax (480) 218-4353

Aviso y Reconocimiento del Recibo de la Póliza de Privacidad- HIPAA

Reconocimiento:

Yo reconozco que e recibido la Póliza de Privacidad de CardioVascular Associates of Mesa.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Nombre Escrito del Paciente o Representante Personal

Fecha

Si firmardo por el Representante Personal, por favor especifique la relación al paciente: _____

Usted tiene el derecho de requerir restricciones o limitaciones de información sobre su salud referente al tratamiento, pago o operaciones de su cuidado medico. Puede usted solicitar la limitación de información proporcionada a cualquier persona involucrada en su cuidado o en el mantenimiento financiero de su cuidado por medio de la siguiente solicitud.

Por la presente, solicito que mi información medica **no sea distribuida** a la persona/s o compañía/s siguiente:

Nombre

Relacion

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha



6116 E Arbor Ave Bldg 3, Ste 112, Mesa, AZ 85206
2730 S Val Vista Dr. Bldg 8N, Ste 140, Gilbert, AZ 85295
2979 W Elliot Rd. Bldg 5, Ste 112, Chandler, AZ 85224
37100 N Gantzel Rd, Ste 202, Queen Creek, AZ 85140
Tel (480) 641-5400 Fax (480) 218-4353

Divulgación de información (ROI) Cónyuge / Pareja / Miembro Familiar

Esta autorización concede permiso a la persona nombrada abajo: hacer o confirmar citas; tienen acceso a radiología, laboratorio y resultados de la prueba; tener acceso a comunicación telefónica y mensajes de contestador, así como otro medio común de comunicación; recogida de medicamentos; tomar conciencia de mis planes de diagnóstico, pronóstico y tratamiento; y tener acceso a mi información de salud financiera.

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ MRN # (uso exclusivo del personal) _____

Persona Autorizada: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

Persona Autorizada: _____

Relación con el Paciente: _____ Teléfono: _____

Persona Autorizada: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

Doy mi permiso para que CVAM deje mensajes en mi correo de voz y / o contestador automático..

No doy mi permiso para que CVAM deje mensajes en mi correo de voz y / o contestador automático.

Por la presente autorizo CardioVascular Associates of Mesa, PC para usar y divulgar mi información de salud identificable individualmente como se describe anteriormente. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que una vez que esta información se divulgue a la parte nombrada anteriormente, la información divulgada ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a CardioVascular Associates of Mesa, PC; sin embargo, si revoco la autorización, no tendrá ningún efecto sobre las acciones tomadas por CardioVascular Associates of Mesa, PC antes de que reciban la revocación.

Entiendo que mi tratamiento no puede estar condicionado a la firma de esta autorización.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____



AUTORIZACION PARA OBTENER INFORMACION MÉDICA

1. Nombre de Paciente: _____ Nombre Previo (Si es aplicable) _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número de Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ # de Seguro Social: _____
Número de Historial Médico: _____

**Yo autorizo que CVAM: Pida / Comparta (Circular Uno)
La información médica del paciente mencionado previamente a / de:**

2. Nombre (Doctor/Hospital/Miembro Familiar/El Mismo Paciente)

Dirección: _____ # de Suite: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número de Teléfono: _____ Número de Telefax: _____
Para el propósito de: _____
Formato Preferido: Papel / Disco Electronico (*Circular Uno*)

3. **El tipo y cantidad de información que puede ser compartida: (por favor de fechas si es apropiado)**
- Historial médico completo
 - Historial médico completo, del día _____ al día _____
 - Resultados de laboratorio, del día _____ al día _____
 - Información Factual
 - Algo mas _____
4. **Entiendo que la información médica compartido con permiso de esta autorización puede incluir información confidencial en relación al tratamiento de enfermedad física y/o mental, abuso de alcohol y/o drogas, VIH/SIDA y historial médico pasado.**
5. **Entiendo que esta autorización se expirara, sin mi revocación expresada, un año de la fecha firmada, o si soy un menor, en el día que me convierta en adulto en acuerdo con las leyes estatales, lo que ocurra primero. Entiendo que tengo la libertad de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento excepto si la información ya a sido compartida. Tampoco aplica la revocación si es referente a mi compañía de seguro medico cuando la ley permite a mi seguro medico el derecho de disputar un reclamo bajo mi póliza o la póliza misma.**
6. **Entiendo que la autorización para compartir esta información médica e voluntaria y puedo negar mi firma. CVAM no puede poner condiciones a su tratamiento, pago, inscripción en planes médicos o elegibilidad de beneficios por negar su firma, al menos que sea especificado por ley. Entiendo que la compartición de información tiene potencial de ser re-compartida sin autorización y puede que esa compartición no sea protegida por leyes federales de confidencialidad.**

Firma del Paciente o Representante Autorizado _____
Fecha

Nombre Escrito del Paciente o Representante Autorizado y su Relación al Paciente _____
Fecha
(Por favor incluya documentación de autoridad aplicable)

PARA USO DE NUESTRA OFICINA (FOR OFFICE USE ONLY):

Photo ID Verified by: _____
Name Date



6116 E Arbor Ave Bldg 3, Ste 112, Mesa, AZ 85206
2730 S Val Vista Dr Bldg 8N, Ste 140, Gilbert, AZ 85295
2979 W Elliot Rd Bldg 5, Ste 112, Chandler, AZ 85224
37100 N Gantzel Rd, Ste 202, Queen Creek, AZ 85140
Tel (480) 641-5400 Fax (480) 218-4353

Para poder brindarle un mejor servicio, proporcione su información actualizada más reciente:

POR FAVOR IMPRIMIR

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Médico de Atención Primaria

| |
|---|
| Nombre del Médico de Atención Primaria: |
| Dirección: |
| Teléfono: |
| Número de Fax: |

Información de Farmacia

| | |
|---------------------|--|
| Farmacia Local: | Farmacia de Pedidos Por Correo: |
| Calles Principales: | Se puede llenar el suministro de 90 días Sí / No |
| Teléfono: | Teléfono: |
| Número de Fax: | Número de Fax: |

Hospitalización:

¿Ha estado hospitalizado recientemente o desde su última visita aquí en CVAM? Sí / No

En caso afirmativo, indique el nombre de la instalación: _____

Después de completar este formulario, por favor de entregar a Recepcionista.