



## INFOMACION DEL PACIENTE (Letra De Molde)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_ Sexo \_ F \_ M \_ Casado(a) \_\_\_ Soltero(a) \_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Telefono ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo( ) \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
En caso de emergencia : \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Telefono ( ) \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Posicion: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Telefono ( ) \_\_\_\_\_  
Quien lo recomendo: \_\_\_\_\_ Telefono ( ) \_\_\_\_\_

**Aseguranza Primaria :** \_\_\_\_\_ Miembro # \_\_\_\_\_  
Identificacion del Grupo # \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nac: \_\_\_\_\_  
Direccion de Reclamaciones: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
C. P.: \_\_\_\_\_

**Aseguranza Secundaria:** \_\_\_\_\_ Miembro # \_\_\_\_\_  
Identificacion del Grupo # \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_  
Fecha de Nac. \_\_\_\_\_  
Direccion de Reclamaciones: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
C.P.: \_\_\_\_\_

### HISTORIA MEDICA

Aproximada Altura: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

Cirugias o Hospitalizaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Problemas Medicos (Diabetes, Alta Pression etc.): Has ido con un medico de los ojos? (Si/No)  
\_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ Historia Medica Familiar: \_\_\_\_\_

Tiene todas sus vacunas? SI NO (porfavor circule uno )Si no Cuales vacunas le faltan? \_\_\_\_\_

Hace ejercicio? Diario \_\_\_ Semanal \_\_\_ Mensual \_\_\_ Ocasionalmente \_\_\_ Nunca \_\_\_ Que tipo de ejercicio? \_\_\_\_\_

Tiene historia de abuso de sustancias? Si - NO (porfavor circule uno) Cuales? \_\_\_\_\_

Fuma actualmente? Si - NO (porfavor circule uno) \_\_\_\_\_ paquetes al dia \_\_\_\_\_ por cuantos años

Dejo de Fumar? \_\_\_\_\_ Este año \_\_\_\_\_ >1 año \_\_\_\_\_ >5 años \_\_\_\_\_ Paquetes al dia \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_

Toma Alcohol? Si - NO (porfavor circule uno). Cuantos? \_\_\_\_\_ Diarios \_\_\_\_\_ Semanal \_\_\_\_\_ Mensual \_\_\_\_\_

Ha tenido Anestesia General? Si - NO (porfavor circule uno)

Alguna vez ha tenido problemas con Anestesia? Si - NO (porfavor circule uno)

Describe \_\_\_\_\_

**REVISION DE SISTEMAS:**

Tiene problemas o tuvo problemas con:

Ojos, Oidos, Nariz, Garganta: Si - No (Explique porfavor)

---

Neurologico / Sistema Nervioso Si - NO (Explique porfavor)

---

Problemas respiratorios: Si - NO (Explique porfavor)

---

Gastro Intestinal, Digestion, Acidez, Evacuacion intestinal: Si - NO (Explique porfavor)

---

Corazon,Presion Arterial, Colesterol: Si - NO (Explique porfavor)

---

Endocrino, Hgado, Riñones, Azucar, Tiroides: Si - NO (Explique porfavor)

---

Sistema Reproductivo/ Vaginal / Prostata: Si - NO (Explique porfavor)

---

**LISTA DE MEDICINAS:**

Medicina: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ mg. Cada Cuando: \_\_\_\_\_

Medicina: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ mg. Cada Cuando: \_\_\_\_\_

Medicina: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ mg. Cada Cuando: \_\_\_\_\_

Medicina: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ mg. Cada Cuando: \_\_\_\_\_

Medicina: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ mg. Cada Cuando: \_\_\_\_\_

Medicina: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ mg. Cada Cuando: \_\_\_\_\_

Medicina: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ mg. Cada Cuando: \_\_\_\_\_

Medicina: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ mg. Cada Cuando: \_\_\_\_\_

Medicina: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ mg. Cada Cuando: \_\_\_\_\_

Medicina: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ mg. Cada Cuando: \_\_\_\_\_

# AUTORIZACION DE LA DIVULGACION DE INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD

REQUERIDA POR HIPPA

Yo, \_\_\_\_\_, Autorizo a **The Minimally Invasive Hand Institute** a:

\_\_\_\_\_ **Obtener la informacion protegida de salud incluyendo las siguientes:**

\_\_\_\_\_ **Divulgacion de la siguiente informcion:**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Doctor

\_\_\_\_\_  
Direccion

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Telefono

\_\_\_\_\_  
Fax

"Los registros de salud" son los registros que describen mi historial médico, síntomas, exámenes, resultados de las pruebas y diagnósticos. El tratamiento y los planes para el cuidado o tratamiento futuro. Entiendo que esta información se va a utilizar sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento.
- Un medio de comunicación entre los profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado.
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta.
- Un medio por el cual un tercer pagador pueda verificar que los servicios fueron efectivamente prestados.

**Solicito a la siguiente persona:** \_\_\_\_\_ **relacion:** \_\_\_\_\_  
**para poder obtener acceso a la información de mi salud y mi cuidado para discutir con el médico y el personal.**

Esta autorización se vence un año (un año) a partir de la fecha de la firma. Entiendo que han recibido una Notificación de Prácticas de Información que proporciona una descripción más completa de los usos de la información y la divulgación. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los usos específicos de su Información Protegida de la Salud.

Usted puede negarse a firmar esta autorización. Su negativa a firmar no afectará su habilidad para obtener tratamiento o pago o su elegibilidad para los beneficios. Puede inspeccionar o copiar la información protegida de salud para ser usada o revelada bajo esta autorización. Para obtener información protegida de salud creado como parte de un ensayo clínico, los derechos de acceso se suspende hasta que el ensayo clínico se ha completado.

Por último, usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, enviando una notificación por escrito al Oficial de Privacidad en **The Minimally Invasive Hand Institute**. Su anuncio no se aplicará a las medidas adoptadas por la persona que solicita la entidad o con anterioridad a la fecha en que reciba su solicitud por escrito para revocar la autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Participante o Representante Personal

**Por Favor envíe mi informacion medica protegida a:**

**The Minimally Invasive Hand Institute  
J. Sorelle M.D.**

**9080 W. Post RD, Suite 200  
Las Vegas, NV 89148**

**(702) 739-4263 Phone  
(877) 739-3590 Fax**

\_\_\_\_\_  
Descripcion de la autoridad del Representate Personal

## ACUERDO DE USO DE MEDICAMENTOS

Yo, \_\_\_\_\_, Entiendo que tengo el dolor que no se ha controlado adecuadamente con otros medicamentos y que mi función se limita por el dolor. Entiendo que la intención de la medicina es para aumentar mi capacidad de hacer más, aunque el medicamento no es probable que elimine el dolor. Estoy de acuerdo en tomar la única medicina según lo prescrito. No voy a tomar sedantes, alcohol u otros medicamentos para el dolor sin la previa aprobación de mi médico.

Además, reconozco que el medicamento ha sido recetado solamente por el Dr. Sorelle y sólo de acuerdo con el calendario acordado. Las recetas se harán efectivas sólo durante las citas regulares. Repuestos NUNCA serán proporcionados por teléfono. No voy a buscar o aceptar cualquier medicamento para el dolor que no sean los proporcionados por el médico. "Los medicamentos para el dolor" incluye recetas de otros médicos, medicamentos tomados o aceptados de la familia o amigos, y alguna droga ilícita o de la calle.

Renovaciones de medicamentos se proporcionan como recetas solamente. Que no tenga se le dará antes de la próxima cita programada. Si no me quedo con mi nombramiento, no voy a recibir una dosis adicional. Dos (2) cancelación de cita con el aviso de trabajo menos de un día o dos (2) Los nombramientos no se presenta, puede ser motivo de despido inmediato en virtud del presente acuerdo

**Entiendo que mi médico no tiene la obligación de proporcionar estos medicamentos a mí, y que él o ella se reserva el derecho de suspender estos medicamentos en cualquier momento. Si me niego, los medicamentos se detendrán.**

También entiendo que los medicamentos perdidos o robados no serán reemplazados bajo ninguna circunstancia, excepto en el caso de la presentación de un informe policial detallando válida el robo de medicamentos. Es responsabilidad exclusiva del paciente para proteger sus medicamentos y tomarlos como se indica. Esto incluye el mantener los medicamentos fuera del alcance de los niños.

Entiendo que mi médico pueden requerir una evaluación especializada de mi tratamiento, y estoy de acuerdo con todas las citas cuando mi médico me enlace. Mi médico enviará un informe de mi atención y una copia de este acuerdo cuando se hace una referencia.

Además de estos acuerdos anteriores, acepto el derecho del personal médico de mi médico para resolver el presente contrato por cualquiera de las siguientes razones:

1. Busco u obtener cualquier medicamento para el dolor de una fuente distinta que el Dr. Sorelle en The Minimally Invasive Hand Institute
2. Doy, vender o distribuir de cualquier forma los medicamentos recetados a otra persona (s).
3. Yo en cualquier intento manera de falsificar o alterar una receta escrita.
4. Mi estado de salud disminuye hasta el punto en el que, a juicio de mi doctor, continuar el tratamiento con este medicamento presenta un peligro para mi bienestar o la seguridad.
5. Existe evidencia de que ya no estoy recibiendo un beneficio terapéutico razonable de la medicación, o mi médico determina que ya no soy un buen candidato para continuar con el medicamento

Estoy de acuerdo para llenar mis recetas en la farmacia sólo se nombran a continuación. Si cambio de farmacia, me pondré en contacto con la oficina de mi médico de inmediato y les proporcionaré los nombres, dirección y teléfono de la nueva oficina de farmacia. Bajo ninguna circunstancia voy a obtener los medicamentos de más de una farmacia a la vez. Con el fin de verificar el uso de medicamentos adecuados, la oficina de mi médico proporcionará mi farmacia elegida una copia de este acuerdo. Entiendo que cualquier alteración o cambio en mi tipo de medicamento o la dosis será necesario un acuerdo escrito nuevo.

Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_ Calles principales: \_\_\_\_\_

Dirección de Farmacia: \_\_\_\_\_

Teléfono de Farmacia: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_

Número de píldoras prescritas: \_\_\_\_\_ Frecuencia de Citas: \_\_\_\_\_ días.

**Entiendo que al firmar este acuerdo, que debe acatar las normas revisadas, y que por encima de incumplimiento de estos acuerdos dará lugar a la terminación de las prescripciones de medicamentos y, posiblemente, la terminación de los servicios de mi médico y su práctica.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

## CONVENIO FINANCIERO Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO:

(por favor lea y ponga sus iniciales en cada línea)

Por la presente autorizo el tratamiento médico para el paciente arriba mencionado y se reconoce plenamente que todas las visitas de oficina son en efectivo, y se pagará en su totalidad en el momento del servicio, a menos que se contrajo por mi seguro. Además, entiendo que mi póliza de seguro es un contrato entre mi compañía de seguros y yo y que soy responsable al Dr. Sorelle, MD, también conocido como The Minimally Invasive Hand Institute, por cualquier cargo no cubiertos por mi compañía de seguros.

x \_\_\_\_\_ Yo entiendo que mi seguro será considerado como una cortesía para mí. También entiendo que es mi responsabilidad de seguir con mi compañía de seguros de 30 días desde la fecha de la notificación, para asegurarse de que están tratando mis reclamos. Cualquiera que no hayan sido pagados dentro de 90 días será mi responsabilidad.

x \_\_\_\_\_ **A partir del 01 de junio 2010 TODAS LAS FORMAS QUE NECESITAN DE TERMINACIÓN POR ESTA OFICINA SERAN sujetos a una tarifa \$ 35.** Por favor, complete toda la información a lo mejor de su conocimiento.

x \_\_\_\_\_ Por la presente autorizo la presentación de las reclamaciones de seguro en vigor y el pago directo al Dr. Sorelle, MD los importes de mis afirmaciones. Además, autorizo a la oficina del Dr. Sorelle que libere a todos y es necesario todos los registros médicos pertinentes para facilitar la facturación del seguro o atención médica y que autorice al acreedor o más agentes para hacer cualquier verificación de empleo o de seguros y la liberación de toda la información necesaria para procesar las reclamaciones. Por la presente autorizo al Dr. Sorelle, MD para recibir, por correo, fax o correo electrónico mis archivos a otro médico o centro médico en el curso de mi diagnóstico y tratamiento.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Política Financiera

---

Gracias por elegir The Minimally Invasive Hand Institute! Estamos comprometidos con el éxito de su tratamiento médico y la atención. Por favor, comprenda que el pago de su factura es parte de este tratamiento y cuidado. Cualquier saldo de más de 30 días es responsabilidad del paciente.

Para su comodidad, hemos respondido a una variedad de las preguntas más comunes de política financiera a continuación. Si necesita más información sobre cualquiera de estas políticas, por favor pida hablar con un especialista de la facturación o el Administrador de la práctica.

## **Como puedo pagar?**

Aceptamos el pago en efectivo, cheque, a través de nuestra opción CareCredit, Discover, VISA y MasterCard.

## **Necesito una referencia o pre-certificación?**

Si su plan de seguro requiere una autorización de referencia de su médico de atención primaria o una pre-certificación de su seguro, usted necesita contactar a su médico de cabecera o compañía de seguros para asegurarse de que se ha obtenido. Si no hemos recibido una autorización antes de su llegada a la oficina de la cita será reprogramada.

## **Con cuales planes tienen contrato?**

The Minimally Invasive Hand Institute acepta los planes de seguros más grandes. Siempre es mejor para usted en contacto con su compañía de seguros antes de su cita para ver si somos los proveedores participantes.

## **Cual es mi responsabilidad financier por los servicios?**

Es su responsabilidad verificar que los médicos y / o instalación en la que usted está buscando el tratamiento es un proveedor autorizado en virtud de su plan de seguro. Una lista de proveedores actuales deben ponerse a disposición de usted por su empleador, compañía de seguros o compañía de seguros del sitio web.

## **Que hago si tengo preguntas de facturacion o de aseguranza?**

The Minimally Invasive Hand Institute con el apoyo de un equipo de profesionales dedicados. Nuestro personal de oficina tiene la experiencia para ayudar a todas las cuestiones financieras, el alivio del paciente engorroso de los trámites.

Su responsabilidad financiera depende de una variedad de factores, se explica a continuación:

## Office Visits and Office Services

Si usted tiene...	Usted es responsable por...	Nuestro personal va a...
<b>Seguros comerciales</b> También conocido como indemnización, "regular" de seguros, o "80% / 20% de cobertura."	El pago de la responsabilidad del paciente para todas las visitas al consultorio, rayos X, inyecciones y otros cargos en el momento de la visita al consultorio.	Aceptar el pago inicial y presentar una reclamación de seguro como una cortesía a usted.
<b>HMO &amp; PPO planes con los que tenemos un contrato</b>	<p><u>Si los servicios que reciben son cubiertos por el plan:</u> Todos los copagos y deducibles aplicables se solicitan en el momento de la visita al consultorio.</p> <p><u>Si los servicios que usted recibe no son cubiertos por el plan:</u> El pago completo es requerido en el momento de la visita.</p>	Aceptar el pago inicial y presentar una reclamación de seguro como una cortesía a usted.
<b>HMO con los que no tenemos contrato</b>	El pago completo de las visitas al consultorio, rayos X, inyecciones y otros cargos en el momento de la visita al consultorio.	Aceptar el pago en su totalidad y presentar una reclamación al seguro como una cortesía a usted.
<b>Punto de Plan de Servicio o fuera de la Red PPO</b>	El pago de la responsabilidad del paciente-deducible, copago, los servicios no cubiertos-en el momento de la visita.	Aceptar el pago inicial y presentar una reclamación de seguro como una cortesía a usted.
<b>Medicare</b>	<p>Si usted tiene Medicare regular, y no han alcanzado su deducible de \$ 162, le pedimos que se pagará en el momento del servicio.</p> <p>Todos los servicios no cubiertos por Medicare se solicitan en el momento de la visita.</p> <p><u>Si usted tiene Medicare como primaria regular, y también tiene un seguro secundario o Medigap:</u>                      El pago no es necesaria en el momento de la visita después de su deducible de Medicare se ha cumplido.</p> <p><u>Si usted tiene Medicare como primaria regular, pero no seguro secundario:</u>                      El pago de su co-pago del 20% se solicita en el momento de la visita.</p>	Acepte su deducible de Medicare (si corresponde) y presentar la reclamación en su nombre, así como cualquier reclamación a su seguro secundario.
<b>Medicare HMO</b>	Todos los copagos y deducibles aplicables en el momento de la visita al consultorio.	Aceptar el pago inicial y presentar una reclamación de seguro como una cortesía a usted.
<b>Compensación a los Trabajadores</b>	<p>Si hemos verificado la reclamación a su compañía El pago no es necesaria en el momento de la visita</p> <p>Si no estamos en condiciones de verificar su reclamo Su nombramiento tendrá que ser reprogramado</p>	Programe su cita después de su portador de compensación de trabajadores había pedido con anticipación para verificar la fecha del accidente, número de reclamación, primary care physician, employer information, and referral procedures.
<b>Compensación a los Trabajadores (fuera del estado)</b>	El pago complete es requerido en el momento de la visita	A darle un recibo para que pueda presentar el reclamo ante su compañía de seguro
<b>Accidente de Trabajo</b>	El pago completo es requerido en el momento de la visita	A darle un recibo para que pueda presentar el reclamo ante su compañía de seguro

## **Cirugia**

Si su médico recomienda cirugía, la cirugía será programada por la enfermera de su médico "o ayudante. Él / Ella responderá a las preguntas específicas sobre el proceso de programación de la cirugía, discuta los documentos y pruebas que participan, y completar todos los pre-certification/authorization si su compañía de seguros lo requiere.

El Departamento de Facturación se requiere un depósito antes de la cirugía en la cantidad de \$ 500.00 para ir hacia la cirugía co-pagos, deducibles o cualquier otra cantidad que considera la responsabilidad del paciente por su compañía de seguros. Después de su compañía de seguros ha procesado su reclamo de la cirugía, el importe restante en su saldo de crédito será devuelto a usted.

## **Que pasa si me hijo(a) nesecita ver al medico?**

Un padre o tutor legal debe acompañar a los pacientes que son menores de edad en la primera visita del paciente. Este adulto que los acompaña es responsable del pago de la cuenta, de acuerdo con la política esbozada en las páginas anteriores

## **Que hago si perdi mi cita par aver al medico?**

Entendemos que en raras ocasiones, pueden surgir problemas que causan que pierda su cita sin la habilidad de notificar a nuestra oficina antes de su cita. Si usted experimenta cualquier circunstancia imprevista que le hace falta a su cita, por favor llame a nuestra oficina para que se reprogramaron.

Nuestros altamente cualificados médicos están comprometidos con su tiempo de bienestar y tiene reservados para usted. Los pacientes que se pierda más de una cita, sin notificar a nuestra oficina antes de la cita programada, están sujetos a una tarifa de \$ 50.00 cita perdida. Este cargo no se aplicará si la notificación a nuestra oficina se hace en 24 horas y la cita es reprogramado

Si una fecha de la cirugía programada se cancela, habrá un cargo por cancelación de \$ 500. Este cargo no se aplicará si se ponen en contacto 48 horas antes de las 9:00 de la mañana del día programado de la cirugía

---

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con lo anterior Política Financiera. Entiendo que los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros, así como aplicables co-pagos, deducibles y los gastos de más de 30 días a partir de la fecha de notificación, son mi responsabilidad.

Además, entiendo que habrá un cobro de \$ 50 a cualquier cuenta que haya sido enviado a una agencia de cobros, además de los honorarios del abogado.

Yo autorizo The Minimally Invasive Hand Insitute para lanzar la información médica pertinente a mi compañía de seguros cuando se le solicite, o para facilitar el pago de una reclamación. Yo autorizo a mis beneficios de seguro sean pagados directamente a la mano de Mínima Invasión Instituto.

---

**Fecha**

---

**Firma**

---

**Nombre**

**The Minimally Invasive Hand Insitute**  
9080 W. Post RD, Suite 200, Las Vegas, NV 89148  
(702) 739-4263 Phone (877) 739-3590 Fax



# The Minimally Invasive Hand Institute

9080 W. Post RD, Suite 200 LV, NV 89148

Office (702)739-4263 Fax (877)739-3590

## Supplies/Durable Medical Equipment Waiver

Como un servicio a nuestros pacientes The Minimally Invasive Hand Institute, ofrecemos determinados suministros y equipo médico duradero para ayudar en su recuperación. Sin embargo, su compañía de seguros no puede examinar el tema considerado como médicamente necesarios o muchos no se considera un beneficio cubierto. Por lo tanto, nosotros cobraremos los suministros de equipo médico duradero (DME), pero no. Por favor, pregunte al médico, antes de la compra, si el elemento que está comprando es un DME o suministro.

En The Minimally Invasive Hand Institute tenemos contratos con varias compañías de seguros. Independientemente de lo que su plan de seguro que usted está en, nuestro objetivo es ofrecer calidad del tratamiento médico que usted se merece. Por lo tanto, estamos pidiendo que firme esta renuncia reconociendo que su seguro no se le cobrará si usted está comprando una fuente. Si usted está comprando un pedazo de DME, nuestra oficina presentar su reclamo con el artículo que incluye, sin embargo, si el artículo no es un beneficio cubierto que se llevará a cabo la responsabilidad financiera. Por favor tenga en mente, los artículos no se pueden devolver de acuerdo con las directrices federales de salud. Si el artículo es defectuoso, se lo cambiamos el tema.

Acuse de recibo del beneficiario

He sido notificado por The Minimally Invasive Hand Institute de Materiales y Equipo médico duradero. Si compro un DME y es negado por mi compañía de seguros, entiendo que voy a estar haciendo recaer la responsabilidad.

**También entiendo que esta compra no será reembolsable a menos que sea defectuoso y se me dará un producto de reemplazo.**

---

Paciente/Padre o Tutor

---

Fecha

## AVISO ANTICIPADO AL BENEFICIARIO

Advertencia: Usted necesita hacer una elección acerca de tratamientos de salud, artículos y servicios

Nosotros esperamos que su seguro no cubra pos los articulo(s) o servicio(s) que están escrito abajo de esta pagina. El seguro no paga por todos sus servicios de salud. El seguro solo paga por artículos o servicios cuando las reglas de empresa de seguro han sido alcanzadas. El hecho que su seguro no cubra cosas particulares no significa que no lo a de recibir. Hay una razón buena porque el doctor recomienda el articulo. Ahora en su caso su **aseguradora tal vez no pague por-**

**Artículos o Servicios:**

Implantes incluye pero no limita: placas y tornillos, alambre, anclas, injertos de hueso, inyecciones.

Estas son especificas exclusiones para su tipo de seguro y póliza. Hay unas empresa de seguro que requieren un pago mínimo antes que el seguro pague, cada oficina es diferentes.

El propósito de esta forma es para ayudarle elegir si quiere los servicios o artículos. Sabiendo que podría pagar por ellos. Antes de que haga una decisión sobre sus opciones debe de **leer la forma completamente para entender.**

- Pregunte si no entiende la forma o porque su seguro no a de pagar
- Pregunte cuanto los artículos o servicios puede aproximado costarle (\$50-\$1200) por si a caso tiene que pagar usted mismo o otra aseguradora

POR FAVOR ESCOJA UNA OPCION. MARQUE UNA CAJA. **SIGNO Y FECHA** DONDE USED ELEGIO.

 **Opción 1. SI. Yo quiero recibir estos artículos o servicios**

Yo entiendo que mi aseguradora no va a decidir a pagar a menos que reciba estos artículos o servicios. Por favor presente mi reclamación a mi aseguradora. Yo entiendo que puedo recibir una cuenta por mis servicios y que tal vez tendrá que pagar la cuenta por mientras mi aseguradora hace su decisión de pagar. Si mi aseguradora si paga usted me reembolsara cualquier pago que e hecho que me corresponde Si mi aseguradora niega el pago, yo me haré totalmente responsable pos los gagos. Eso es que yo pagare personalmente, de mi bolsillo o por otra aseguradora que tenga. Yo entiendo que puedo hacer una apelación si mi aseguradora niega el pago.

 **Opción 2. No. Yo e decidido no aceptar los artículos o servicios**

Yo no recibare estos artículos o servicios. Yo entiendo que no podrán presentar una reclamación a mi aseguradora y yo no podre hacer una apelación a su opinión que la aseguradora no pague. Yo también entiendo que mi cirujano sera notificado de mi decisión y mi procedimiento puede ser cancelado.

\_\_\_\_\_  
Fecha  
del pacientes

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona que actuá en el favor