



## Información del Paciente

### Información Personal

Apellido: _____	Segundo Nombre: _____	Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____	Número de Seguro Social: _____	
Dirección: _____		
Ciudad _____	Estado: _____	Código Postal: _____
Número de Teléfono de Casa: _____	Número de Teléfono Celular: _____	
Correo Electrónico: _____		
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro		
Raza: <input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático		
<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otro _____		
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro _____		
¿Cómo se enteró de nosotros? <input type="checkbox"/> Amigo/Familia <input type="checkbox"/> Referencia de PCP <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Sitio Web		
<input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Google/Yelp <input type="checkbox"/> Sociales <input type="checkbox"/> WebMd/Vitals		
Idioma Preferido: _____		
Nombre del Contacto de Emergencia: _____	Relación: _____	
Número de Teléfono: _____		
Directivas Avanzadas: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> DNR <input type="checkbox"/> Testamento en Vida <input type="checkbox"/> En Archivo		
Firma: _____	Fecha: _____	

### Información del Seguro

Compañía de Seguro Primario: _____	Relación con el Suscriptor: _____	
No. de Identificación: _____	No. de Grupo: _____	
Nombre del Suscriptor: _____	Fecha de Nacimiento: _____	SSN: _____
Compañía de Seguro Secundario: _____	Relación con el Suscriptor: _____	
No. de Identificación: _____	No. de Grupo: _____	
Nombre del Suscriptor: _____	Fecha de Nacimiento: _____	SSN: _____



## Historia Médico del Paciente

Nombre del Paciente (Por Favor Imprima): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Historial Médico Personal

Enfermedad o Condición	Sí	Mes/Año Diagnosticado
Ataque al Corazón (Infarto de Miocardio)		
Cirugía de Corazón (Bypass)		
Enfermedad de la Válvula Cardíaca		
Reemplazo de la Válvula Cardíaca		
Reparación de la Válvula Cardíaca		
Enfermedad Vascular Periférica		
Cirugía Vascular		
Insuficiencia Cardíaca Congestiva		
Alta Presión Arterial (Hipertensión)		
Diabetes Mellitus (Tipo I o II)		
Colesterol Alto (Hipercolesterolemia)		
Accidente Cerebrovascular (Derrame)		
TIA (Ataque Isquémico Transitorio)		
Problema de Tiroides		
Problemas de Sangrado o Coagulación		
Cáncer (Malignidad)		
Enfermedad Pulmonar		
Enfermedad Renal		
Otros Problemas		

### Historial Familiar Inmediato

Parentesco	Vivo	Fallecido	Edad (Actual o al Fallecer)	Causa de la Muerte

### Historial de Pruebas Cardíacas

Procedimiento	Sí	Cuándo	Dónde
Cateterismo Cardíaco o Angiograma			
Stent Cardíaco			
EKG			
Prueba de Esfuerzo Nuclear			
Ecocardiograma			
Ultrasonido de Carótida			
Angiograma por Tomografía Computarizada (CTA)			

Estudio de Electrofisiología			
------------------------------	--	--	--

**Síntomas Actuales o Problemas de Preocupación**

<p><b>Cardiovascular</b></p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de pecho</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de aire</p> <p><input type="checkbox"/> Palpitaciones</p> <p><input type="checkbox"/> Edema de tobillos</p> <p><input type="checkbox"/> Entumecimiento</p>	<p><b>Sangre/ Linfático</b></p> <p><input type="checkbox"/> Bultos sin explicación</p> <p><input type="checkbox"/> Moretones/ Sangrado</p> <p><input type="checkbox"/> Sangre en las heces</p> <p><input type="checkbox"/> Otros _____</p>
--	--

**Farmacia:** \_\_\_\_\_ **Dirección (Calles Cruzadas):** \_\_\_\_\_

**Medications**

Medications	Dosis	¿Cuántas Veces al Día?

**Alergias**

Es alérgico a yodo, mariscos o tinte de rayos X ?  No  Sí

Alergias a Medicamentos	Reacción

**Historia Social**

**Uso de Tabaco:**  Actual  Anterior **Año de Abandono:** \_\_\_\_\_  Nunca

**Si es así, ¿cuál de los siguientes:**  Cigarrillos  Masticar  Pipa  Vape

**Paquetes por Día:** \_\_\_\_\_ **Años de Uso:** \_\_\_\_\_

**Uso de Alcohol:**  No  Sí **Número de Bebidas por Semana:** \_\_\_\_\_



Uso de Drogas:  No  Sí \_\_\_\_\_ ¿Es sexualmente activo?:  No  Sí

Toma cafeína:  No  Sí Tazas al día: \_\_\_\_\_ Tipo:  Café/Té  Soda  Bebida Energética

## Directiva Financiera

Gracias por elegir Heart One Associates. Estamos comprometidos a proporcionar a nuestros pacientes la más alta calidad de atención médica.

***Por favor tenga en cuenta: Es responsabilidad del paciente conocer su póliza y verificar toda la información sobre beneficios y cobertura antes de recibir servicios. Además, el paciente es responsable de notificar a Heart One Associates cualquier cambio en su plan y/o póliza de seguro antes de la visita. Si su póliza de seguro requiere una remisión de su proveedor de atención primaria, deberá obtener esa remisión antes de su visita a nuestra clínica.***

### Copagos y Deducibles

Las pólizas de seguro son un acuerdo entre la compañía de seguros del paciente. Contratar con compañías de seguros de salud requiere que Heart One Associates cobre copagos y deducibles. **Todos los copagos se cobran en el momento del servicio.**

### Tarifas Adicionales

- Se aplicará un cargo de \$25 a todos los cheques devueltos.
- Si un paciente no puede asistir a una cita programada, Heart One Associates debe ser notificado **con 48 horas de anticipación**. Se añadirá una tarifa de \$75 por no presentarse a la cuenta del paciente para cualquier cita de prueba de esfuerzo nuclear. Esto se discutirá en el momento de la programación.
- Las solicitudes de registros médicos estarán sujetas a una tarifa de \$35. Esto incluye información de FMLA o discapacidad. Los registros de más de 50 páginas estarán sujetos a una tarifa de \$25. **El tiempo de respuesta para los registros médicos es de entre 7 y 10 días hábiles.**

\_\_\_\_\_ **Autorización:** Asigno todos los beneficios médicos/quirúrgicos a Heart One Associates y entiendo que si no se puede verificar la elegibilidad del seguro o si no se ha cumplido el deducible, seré responsable del costo de todos los servicios médicos prestados. Autorizo el pago directamente a Heart One Associates por beneficios quirúrgicos y/o médicos, si los hay, pagaderos bajo los términos de mi seguro.

He leído y entiendo la política financiera de Heart One Associates. Autorizo a Heart One Associates a obtener y/o divulgar información médica necesaria para presentar reclamos de seguros en mi nombre y para la gestión de la atención médica. Asigno todos los beneficios a los que el paciente o el asegurado tienen derecho para mi tratamiento y los servicios médicos proporcionados a mí a ser pagados directamente a Heart One Associates. Los arreglos de pago pueden estar disponibles y se determinan caso por caso para aquellos que experimentan dificultades financieras.



Nombre del Paciente (Por Favor Imprima): \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

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

## **Aviso de Prácticas de Información del Paciente según HIPAA Información de Privacidad**

Heart One Associates está obligado por ley a proteger la privacidad de su información personal de salud, proporcionar este aviso sobre nuestras prácticas de información y seguir las prácticas de información que se describen.

### **Usos y Divulgaciones de Información de Salud**

Heart One Associates utiliza su información personal de salud principalmente para el tratamiento, obtener el pago del tratamiento, realizar actividades administrativas internas y evaluar la calidad de la atención que brindamos.

Heart One Associates también puede usar o divulgar su información personal de salud (PHI) sin autorización previa para fines de salud pública, auditoría y emergencias. También proporcionamos información cuando la ley lo requiere.

Tenga en cuenta que ocasionalmente podemos actualizar nuestras prácticas con respecto al uso, divulgación y derechos del paciente sobre la información médica. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y aplicarlo a toda la información médica que mantenemos.

Notificación de Incumplimiento: Usted tiene derecho a ser notificado por escrito en caso de una violación de su información médica no segura.

### **Derechos del Paciente**

Usted tiene derecho a revisar u obtener una copia de su PHI en cualquier momento.

### **Aviso y Reconocimiento**

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que he recibido y leído el Aviso de Prácticas de Información de Salud. Entiendo que mi proveedor de atención médica participa en Health Current, el intercambio de información de salud (HIE) de Arizona. Entiendo que mi información de salud puede ser compartida de manera segura a través del HIE a menos que complete y devuelva un Formulario de Exclusión a mi proveedor de atención médica.



Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

## Tus Derechos y Protecciones Contra Facturas Médicas Sorpresa

**Cuando recibes atención de emergencia o eres tratado por un proveedor fuera de la red en un hospital dentro de la red o en un centro quirúrgico ambulatorio, estás protegido contra la facturación sorpresa o la facturación del saldo.**

### ¿Qué es la "facturación del saldo" (a veces llamada "facturación sorpresa")?

Cuando ves a un médico u otro proveedor de atención médica, puedes deber ciertos costos de tu bolsillo, como un copago, coseguro y/o un deducible. Puedes tener otros costos o tener que pagar la factura completa si ves a un proveedor o visitas una instalación de atención médica que no está en la red de tu plan de salud.

"Fuera de la red" describe a los proveedores e instalaciones que no han firmado un contrato con tu plan de salud. Los proveedores fuera de la red pueden facturarte la diferencia entre lo que tu plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. Esto se llama "facturación del saldo". Este monto es probablemente más que los costos dentro de la red para el mismo servicio y podría no contar para tu límite anual de gastos de tu bolsillo.

La "facturación sorpresa" es una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puedes controlar quién está involucrado en tu atención, como cuando tienes una emergencia o cuando programas una visita en una instalación dentro de la red, pero eres tratado inesperadamente por un proveedor fuera de la red.

### **Estás protegido contra la facturación del saldo para:**

#### **Servicios de Emergencia**

Si tienes una condición médica de emergencia y recibes servicios de emergencia de un proveedor o instalación fuera de la red, lo máximo que el proveedor o la instalación puede facturarte es el monto de costo compartido dentro de la red de tu plan (como copagos y coseguros). No puedes ser facturado por saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puedas recibir después de estar en condición estable a menos que des tu consentimiento por escrito y renuncies a tus protecciones para no ser facturado por saldo por estos servicios post-estabilización. Si estás asegurado por un plan de seguro HMO o PPO regulado por el estado (incluyendo los sistemas de retiro de empleados y maestros del estado), la ley de Texas también te protege de facturas médicas sorpresa por servicios de emergencia.



### **Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red**

Cuando recibes servicios de un hospital dentro de la red o un centro quirúrgico ambulatorio, ciertos proveedores allí pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarte es el monto de costo compartido dentro de la red de tu plan. Esto se aplica a la medicina de

emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, servicios de cirujano asistente, hospitalista o intensivista. **Estos proveedores no pueden facturarte por saldo y no pueden pedirte que renuncies a tus protecciones para no ser facturado por saldo.**

Si recibes otros servicios en estas instalaciones dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarte por saldo, a menos que des tu consentimiento por escrito y renuncies a tus protecciones.

**Nunca estás obligado a renunciar a tus protecciones contra la facturación del saldo. Tampoco estás obligado a recibir atención fuera de la red. Puedes elegir un proveedor o instalación en la red de tu plan.**

Según la ley de Arizona, si recibiste servicios de atención médica en una instalación dentro de la red, puedes buscar arbitraje de facturas fuera de la red que califiquen.

- Solo eres responsable de pagar tu parte del costo (como los copagos, coseguros y deducibles que pagarías si el proveedor o la instalación estuviera en la red). Tu plan de salud pagará directamente a los proveedores e instalaciones fuera de la red.
- Tu plan de salud generalmente debe:
  - Cubrir los servicios de emergencia sin requerir que obtengas aprobación para los servicios por adelantado (autorización previa).
  - Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
  - Basar lo que debes al proveedor o la instalación (costo compartido) en lo que pagaría a un proveedor o instalación dentro de la red y mostrar ese monto en tu explicación de beneficios.
  - Contar cualquier monto que pagues por servicios de emergencia o servicios fuera de la red hacia tu deducible y límite de gastos de tu bolsillo.

**Si crees que has sido facturado incorrectamente**, puedes contactar al Departamento de Seguros e Instituciones Financieras de Arizona al 1(602) 364-3100.



Visita <https://www.cms.gov/nosurprises/consumers> o llama al (800) 985-3059 para más información sobre tus derechos bajo la ley federal.

Visita <https://difi.az.gov/consumer/i/health/surprisebill> para más información sobre tus derechos bajo la ley de Arizona o llama al (602) 364-3100.