

COMPLETE INSURANCE

¿Cómo obtener su Cobertura Médica?

Por favor, rellene todos los campos de información que aparecen debajo. Todos los elementos marcados con * son de carácter obligatorio.

Please enable JavaScript in your browser to complete this form.

Nombre *

First

Last

Edad *

Sexo *

- Masculino
- Femenino

Dirección *

Código Postal *

Teléfono *

Correo electrónico *

¿Quién compone su hogar? *

- Solo Usted
- Usted y otras personas

Estado Civil *

- Casado
- Divorciado, separado legalmente, no casados y viviendo juntos, o viudo

Marque la casilla que corresponda según su estado civil real actual.

Ingresos previstos *

Enfermedades (Opcional)

Fumador *

- Sí
- No

Lea detenidamente el acuerdo de privacidad que aparece debajo sobre el uso de su información para los fines de este servicio? Da el consentimiento de uso de su información? *

- Sí
- No

Acuerdo con los terminos establecidos en el FORMULARIO DE INFORMACION HIPAA y cualquier cambio posterior en la politica de la oficina. Entiendo que este consentimiento permanecera en vigor a partir de este momento.

HIPPA Informacion y Formulario de Consentimiento

El Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad (HIPAA) establece salvaguardias para proteger su privacidad.

Aplicacion de los requisitos de HIPPA comenzo oficialmente el 14 de abril de 2003. Muchas de las politicas han sido nuestra practica desde hace atlos. Esta forma es una version "amigable". Un texto mas completo se puede encontrar en la oficina.

Lo que se trata todo esto: En concreto, hay reglas y restricciones sobre quien puede ver o ser notificado de su InformaciOn

de Salud Protegida (PHI). Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de informacion necesaria para ofrecerle servicios de oficina. HIPPA proporciona ciertos derechos y protecciones a usted como paciente.

Equilibramos estas

necesidades con nuestro objetivo de brindarle un servicio profesional de calidad y cuidado. Informacion adicional esta disponible en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. www.hhs.gov

Hemos adoptado las siguientes politicas:

1. La información del paciente se mantendrá confidencial, salvo que sea necesario para proporcionar los servicios o para asegurar que todos los asuntos administrativos relacionados con su cuidado y manejo adecuadamente. Esto incluye específicamente el intercambio de información con otros profesionales de la salud, laboratorios, los pagadores de seguros de salud que sea necesario y apropiado para su cuidado. Expedientes de los pacientes pueden ser almacenados en bastidores de archivos abiertos y no contendrán ningún tipo de codificación que identifique condición o información que no es ya un asunto de interés público de un paciente. El curso normal de la prestación de atención significa que tales registros se pueden dejar, al menos temporalmente, en las áreas administrativas, tales como la oficina, sala de examen, etc. Esos registros no estarán disponibles para personas que no sean personal de la oficina. Usted está de acuerdo con los procedimientos normales utilizados dentro de la oficina para el manejo de gráficos, registros de pacientes, PHI y otros documentos o información.

2. Es la política de la oficina para recordar a los pacientes de sus citas. Podemos hacer esto por teléfono, correo electrónico, correo postal o por cualquier medio conveniente para la práctica y / o según lo solicitado por usted. Podemos enviarle otras comunicaciones que le informa de los cambios en la política de la oficina y la nueva tecnología que le puede resultar útil o informativo.

3. La práctica utiliza un flujo de proveedores en el ejercicio de la actividad. Estos proveedores pueden tener acceso a información médica protegida, pero deben estar de acuerdo en cumplir las normas de confidencialidad de HIPAA.

4. Usted entiende y está de acuerdo con las inspecciones de la oficina y la revisión de los documentos que puede incluir PHI por las agencias gubernamentales de los pagadores de seguros en el desempeño normal de sus funciones.

5. Usted se compromete a llevar a cualquier preocupación o quejas con respecto a la privacidad a la atención del pesebre oficina o el medico.

6. La informacion confidencial no se puede utilizar para fines de yenta o publicidad de productos, bienes o servicios.

7. Nos comprometemos a proporcionar a los pacientes el acceso a sus registros de conformidad con las leyes estatales y federates.

8. Podemos cambiar, anadir, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para servir mejor a las necesidades del tanto de la practica y el paciente.

9. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en el use de su informacion de salud protegida y solicitar cambio de ciertas politicas utilizadas dentro de la oficina con respecto a su PHI. Sin embargo, no estamos obligados a modificar las politicas internas para cumplir con su solicitud.

Enviar

OBTENER COBERTURA MÉDICA

COMENZAMOS