

INGESTA DE PACIENTES

(Por favor imprima y escriba legiblemente)

2485 12th St. SE
Salem, Oregon 97302

Phone: 503-399-1386

Fax: 503-399-1182



**CAPITAL
NEUROSURGERY
SPECIALISTS**

Nombre: _____ Seguro social#: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Identidad de género: ☐ Hombre ☐ Mujer Raza: _____ Etnia: _____

Dirección de envío: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de facturación: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Teléfono móvil: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Estado Civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Legalmente separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Compañero/a de vida ☐ Viudo/a Veterano/a ☐ Si ☐ No Idioma preferido: _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono de oficina: _____

Médico referente: _____ Teléfono de oficina: _____

Empleador: _____ Teléfono de oficina: _____

¿Le interesaría utilizar nuestro portal de pacientes en línea? ☐ Si ☐ No Correo electrónico: _____

AUTORIZACIÓN DE CORREO DE VOZ

El propósito de esta autorización es brindarles a nuestros pacientes la oportunidad de permitir la divulgación verbal de información de salud protegida (PHI). Al marcar Sí, autoriza a Capital Neurosurgery Specialists, sus médicos, asistentes médicos, personal administrativo y otro personal a dejar mensajes detallados sobre consejos médicos, resultados de pruebas, facturación y detalles de citas en los números que se indican a continuación.

Autorización ☐ Si ☐ No Número de teléfono autorizado: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIVADO

☐ Seguro Personal de Salud ☐ Accidente de trabajo ☐ Accidente Automovilístico ☐ Otro

SEGURO PRIMARIO

SEGURO SECUNDARIO

Compañía de seguro: _____ Compañía de seguro: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Nombre del suscriptor: _____ Nombre del suscriptor: _____

Número de identificación o reclamo: _____ Número de identificación o reclamo: _____

Relación con el paciente: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Empleador/Fecha de la lesión: _____ Empleador/Fecha de la lesión: _____

Por la presente autorizo a Capital Neurosurgery Specialists a divulgar a la(s) compañía(s) de seguros cualquier información adquirida en el curso de mi examen o tratamiento. Acepto ser completamente responsable de todos los gastos incurridos en mi cuenta en el curso de mi tratamiento y, por la presente, asigno a Capital Neurosurgery Specialists todos y cada uno de los beneficios de seguro y liquidación que se me adeudan en la medida total de mi obligación financiera con Capital Neurosurgery Specialists. Además, entiendo que la cobertura de mi seguro es una relación entre mi compañía de seguros y yo, y acepto la responsabilidad financiera por el pago de los cargos incurridos (si el paciente es menor de edad, firma el padre o tutor). Para obtener más detalles, consulte la Política financiera de nuestra empresa. Al firmar a continuación, acuso recibo de una copia de la notificación. Por lo presente doy mi consentimiento para el tratamiento médico según el plan de tratamiento establecido por mi médico.

Imprimir nombre: _____

Firma del paciente o representante autorizado: _____

Fecha: _____

POLÍTICA FINANCIERA

2485 12th St. SE
Salem, Oregon 97302
Phone: 503-399-1386
Fax: 503-399-1182



**CAPITAL
NEUROSURGERY
SPECIALISTS**

Nos gustaría agradecerle por elegir CNS y permitirnos brindarle sus necesidades médicas. Las políticas enumeradas en este documento han sido aprobadas por la gerencia con el objetivo de brindar la mejor atención y servicio a nuestros pacientes al menor costo. Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Con el fin de lograr esto, necesitamos su asistencia, lea para comprender nuestra información financiera. Política de responsabilidad y pago.

Responsabilidad de pago

Es la expectativa de que todos los pacientes/garantes que reciben servicios sean financieramente responsable del pago oportuno de todos los cargos incurridos. Si bien la clínica presentará seguro verificado para el pago de la(s) factura(s) como cortesía al paciente, el paciente/el garante es el responsable final del pago y acepta pagar la(s) cuenta(s) de acuerdo con las tarifas regulares y los términos de la clínica vigentes en el momento de el servicio. Los copagos, deducibles y depósitos de cirugía vencen en el momento del servicio. Se aceptarán pagos en efectivo, cheques, Visa, Discover, MasterCard y Amex. Pacientes en necesidad de hacer arreglos de pago se remitirá a la cuenta del paciente Representante para las gestiones necesarias. La clínica hará un esfuerzo razonable para ayudar a los pacientes a cumplir con sus obligaciones financieras. Los arreglos financieros para los pagos se realizarán a discreción de la clínica en función del monto. Es su responsabilidad de comprender su plan de beneficios.

Liberación de información

Al firmar nuestro formulario de Reconocimiento de Consentimiento, usted nos otorga la autoridad divulgar la información que sea necesaria para recopilar de las compañías de seguros y otros terceros pagadores. Los registros médicos y de facturación estarán archivados en CNS por un mínimo de diez años. Cuando solicite registros médicos, espere hasta 30 días para la liberación de información. Se pueden aplicar cargos a ciertas partes según lo permitido por la ley de Oregon.

Responsabilidad del paciente

Los saldos después del seguro vencen dentro de los 30 días del pago del seguro, a menos que se hayan hecho otros arreglos con el representante de la cuenta del paciente, los asesores financieros de la clínica. Los estados de cuenta se envían mensualmente y es requerido por la clínica que los saldos se paguen dentro de los 30 días de la fecha del estado de cuenta. Pasado cuentas vencidas que no se han comunicado con nuestra oficina para establecer acuerdos de pago puede enviarse a una agenda de cobranza externa para asistencia con cuentas por cobrar. En casos en los que es necesario entablar una demanda para recuperar un saldo vencido, todos los tribunales los costos y honorarios de abogado correrán a cargo del paciente/garante. Todos los servicios pueden no ser cubiertos por todas las compañías de seguros. Debe entenderse que al aceptar el(los) servicio(s), el paciente/garante es responsable del pago independientemente de la cobertura del seguro. Los cheques devueltos por fondos insuficientes (NSF) están sujetos a una cuota de reprocesamiento de \$35.00.

Pacientes sin seguro

Si no está cubierto por un seguro, nuestra póliza de la clínica requiere un depósito de \$400.00 para visitas de pacientes nuevos y un depósito de \$250.00 para visitas de seguimiento en el momento de programación. Este depósito se aplicará al costo total de su visita. Por favor comuníquese con el representante de cuentas del paciente para hacer arreglos de pago en cualquier importe pendiente. No se pueden programar citas posteriores hasta que usted tenga arreglos de pago vigentes.

Pacientes fuera de la red

Si la clínica no es un proveedor dentro de la red de su compañía de seguros, aún puede tener beneficios fuera de la red que le permitirían ser visto. En el caso de que las compañías de seguros le paguen directamente por los servicios prestados en CNS debe entregar el cheque a nuestra oficina dentro de los 7 días de haberlo recibido.

Facturas pendientes

La clínica se reserva el derecho de solicitar depósitos y pago de saldos pendientes. Los depósitos se basarán en el saldo pendiente más la cuenta del paciente. Parte de la factura de los nuevos servicios a realizar. La clínica hará todo lo posible para trabajar con el paciente en la creación del plan de pago apropiado si es necesario. Si la cuenta no está pagada en su totalidad y/o pago los arreglos no se han hecho

dentro de los plazos permitidos, la clínica se reserva el derecho de remitir la cuenta a un abogado y/o agencia de cobro para el cobro del balance.

Programación de pacientes

Se hará todo lo posible para programar al paciente en su mejor conveniencia. Se informará a los pacientes sobre la política financiera de la clínica en la visita inicial. Al firmar la parte inferior de la Política financiera en la cita inicial, el paciente/ garante acusa recibo de copia de la Política Financiera de la clínica.

Política de asistencia

Si necesita cancelar o reprogramar cualquier cita o cirugía, llame a la oficina con al menos 24 horas de anticipación. Si pierde una cita y no se comunica con nuestra oficina como se describe anteriormente, es posible que se le cobre una tarifa. Si llegas más de 15 minutos tarde para su cita, nos reservamos el derecho de cancelar su cita. Si pierde o reprograma su cita repetidamente, es posible que lo remitan de nuevo a su PCP. La primera vez que haya una cancelación sin previo aviso o no se presente a la clínica para su cita puede ver una tarifa de \$25.00 para el paciente. Una segunda ocurrencia puede resultar en una tarifa de \$75 para el paciente. La tercera ocurrencia puede resultar en una tarifa de \$75 y el paciente puede ser dado de alta de la práctica. Para cancelaciones de cirugías sin previo aviso puede haber una tarifa de \$250.00 para el paciente.

Aceptación del Seguro

La clínica enviará una factura a la(s) compañía(s) de seguros en nombre del paciente. Es entendido que el seguro se presenta como una cortesía al paciente y no exime el paciente/garante de responsabilidad financiera. El paciente/garante será responsable del pago total de todas las reclamaciones no pagadas dentro del período permitido de tiempo (ver responsabilidad del paciente). La clínica hará todo lo posible para verificar la cobertura del seguro, deducible, aceptación de pago por servicios y otros límites para la paciente como cortesía.

Pre-certificación

La clínica hará todo lo posible para pre-certificar y/u obtener una remisión por escrito para todos los servicios y procedimientos que se requieran, siempre que la clínica cuente con la información necesaria y correcta. Además, la clínica hará todo el esfuerzo posible para certificar la autorización continua y las referencias según sea necesario. Sin embargo, es responsabilidad del paciente de verificar que todas las autorizaciones y referencias estén archivadas y hayan sido aprobadas por la compañía de seguros. En caso de que no se haya obtenido autorización tienes la opción de ser visto en nuestras tarifas de pago privado.

Reclamos rechazados/Servicios no cubiertos

Nuestro personal está capacitado para ayudarlo con sus preguntas sobre seguros. PROBLEMAS DE COBERTURA sólo pueden ser abordados por su empleador o administrador de salud grupal. Aunque nuestra asistencia esté disponible, y haremos todo lo posible para ayudar a obtener sus reclamos y servicios cubiertos, no podemos actuar como mediadores en su nombre. La Administración y la Gerencia agradecen la oportunidad de discutir cualquier aspecto de la Política. Agradecemos su confianza y nos esforzamos por brindarle la mejor calidad de cuidado de salud.

He leído la Declaración de política financiera de CNS y acepto las políticas de pago y entiendo mis responsabilidades como paciente.

Imprimir nombre

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

SSN

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DE SALUD

2485 12th St. SE
Salem, Oregon 97302
Phone: 503-399-1386
Fax: 503-399-1182



**CAPITAL
NEUROSURGERY
SPECIALISTS**

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que Capital Neurosurgery Specialists (mencionado a continuación como "Esta práctica") usará y divulgará información sobre mi salud.

Entiendo que mi información de salud puede incluir información tanto creada como recibida por la práctica, puede estar en forma de registros escritos o electrónicos o palabras habladas, y puede incluir información sobre mi historial de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas y tipos similares de información relacionada con la salud.

Entiendo y acepto que esta práctica puede usar y divulgar mi información de salud para:

- Tomar decisiones y planificar mi atención y tratamiento;
- Referir, consultar, coordinar y administrar junto con otros proveedores de atención médica para mi atención y tratamiento;
- Determinar mi elegibilidad para un plan de salud o cobertura de seguro, y enviar facturas, reclamos y otra información relacionada a las compañías de seguros u otros que puedan ser responsables de pagar parte o la totalidad de mi atención médica; y
- Realizar varias funciones de oficina, administrativas y comerciales que apoyen los esfuerzos de mi médico para brindarme, coordinar y recibir un reembolso por atención médica rentable y de calidad. También entiendo que tengo derecho a recibir y revisar una descripción escrita de cómo esta práctica manejará la información de salud sobre mí. Esta descripción escrita se conoce como Aviso de Prácticas de Privacidad y describe los usos y divulgaciones de información de salud realizadas y las prácticas de información seguidas por los empleados, el personal y otro personal de oficina de esta Práctica, y mis derechos con respecto a mi información de salud.

Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad puede ser revisado de vez en cuando, y que tengo derecho a recibir una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad revisado. También entiendo que se publicará una copia o un resumen de la versión más actualizada del Aviso de prácticas de privacidad de esta práctica en el área de espera/recepción.

Entiendo que tengo derecho a solicitar que parte de mi información de salud no se use o divulgue de la manera descrita en el Aviso de Prácticas de Privacidad, y entiendo que esta Práctica no está obligada por ley a aceptar tales solicitudes.

Firmando a continuación. Acepto que he revisado la información anterior y que se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN INFORMATIVA

Permiso para divulgar información médica confidencial a familiares, amigos o representantes legales.

☐ Autorizo a Capital Neurosurgery Specialists a divulgar información a: (Marque todas las que correspondan).

Nombre de contacto 1: _____ Numero de telefono: _____

☐ Discutir mi condición médica

☐ Contacto de emergencia SOLAMENTE

☐ Dejar mensaje telefónicos

☐ TODOS

Nombre de contacto 2: _____ Numero de telefono: _____

☐ Discutir mi condición médica

☐ Contacto de emergencia SOLAMENTE

☐ Dejar mensaje telefónicos

☐ TODOS

☐ Entiendo que puedo revocar o cambiar esta autorización en cualquier momento. Tendrá derecho a revocar este Consentimiento en cualquier momento dándonos una notificación por escrito de su revocación enviada a Capital Neurosurgery Specialists. Por favor comprenda que la revocación de este Consentimiento no afectará ninguna acción que hayamos tornado en base al Consentimiento antes de recibir su revocación.

☐ **No quiero que se comparta información con nadie más que yo.** Sujeto a las regulaciones de HIPAA, ver arriba.

CONSENTIMIENTO DE TELESALUD

Entiendo que Telesalud permite que mi proveedor diagnostique, consulte, trate y/o eduque mediante comunicación bidireccional interactiva de audio, video y/o datos con respecto a mi tratamiento. Por la presente doy mi consentimiento para participar en las visitas de telesalud con los proveedores de Capital Neurosurgery Specialists. Entiendo que mis visitas de Telesalud pasará a formar parte de mis registros médicos confidenciales con Capital Neurosurgery Specialists. Entiendo completamente que con Telehealth, hay limitaciones a lo que pueda hacer el proveedor, como tomar signos vitales, evaluar una lesión o un problema médico que solo podría diagnosticarse y/o tratarse con un examen físico. Entiendo perfectamente que con las Visitas de telesalud, se facturará a mi seguro por los servicios prestados. Entiendo que seré responsable de cualquier saldo restante, según los beneficios de mi seguro, como copagos, deducibles y/o coseguro. Además, entiendo completamente que si los beneficios de mi seguro no incluyen cobertura de Telesalud, seré responsable por el saldo completo de autopago por los servicios prestados.

☐ Aprobado

☐ Rechazado

Imprimir nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente o representante autorizado: _____

Fecha: _____

HISTORIAL MEDICO

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

2485 12th St. SE
Salem, Oregon 97302

Phone: 503-399-1386

Fax: 503-399-1182



**CAPITAL
NEUROSURGERY
SPECIALISTS**

HISTORIA L DE SALUD

REVISIÓN DE SÍNTOMAS: Por favor marque si ha experimentado alguno de los siguientes en el último mes:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Fácil sangrado /moretones | <input type="checkbox"/> Nauseas | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Desequilibrio al caminar | <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos | <input type="checkbox"/> Hinchazón en pies/piernas |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Vomito | <input type="checkbox"/> Aumento de peso |
| <input type="checkbox"/> Escalofrios | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Perdida de peso |
| <input type="checkbox"/> Tos | | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos | |
| <input type="checkbox"/> Mareo | | <input type="checkbox"/> Disfunción sexual | |

Ve a un cardiologo? ☐ Si ☐ No Si es asi, quien? _____

Ve a un neumologo? ☐ Si ☐ No Si es asi, quien? _____

Ve a cualquier otro especialista? ☐ Si ☐ No Si es asi, quien? _____

Marque la casilla correspondiente si ALGUNA VEZ ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angina de pecho | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Hipertension | <input type="checkbox"/> Oxígeno |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Artritis | TIPO: <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos | <input type="checkbox"/> Nefropatia | <input type="checkbox"/> Desfibrilador |
| Tipo: <input type="checkbox"/> Osteo
<input type="checkbox"/> Reumatoide | <input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda (TVP) | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática/Hepatitis | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Asma I EPOC enfisema | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado | <input type="checkbox"/> ERGE/reflujo/ulceras | <input type="checkbox"/> Neuropatología | El aparato: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Cardiopatía | | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| | | | <input type="checkbox"/> Tiroides |

Explicaciones si es necesario, y otras condiciones si no están enumeradas anteriormente: _____

HISTORIAL DE CIRUGÍAS

Historial de cirugías anteriores (Adjuntar hoja adicional si es necesario)

Tipo de cirugía	Año	Cirujano	¿Complicaciones? ¿Problemas con la anestesia? Describir

Explicaciones si es necesario, y otras condiciones si no están enumeradas anteriormente: _____

HISTORIAL MEDICO

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

2485 12th St. SE
Salem, Oregon 97302

Phone: 503-399-1386

Fax: 503-399-1182



**CAPITAL
NEUROSURGERY
SPECIALISTS**

INFORMACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

Farmacia: _____

Ubicación: _____

Alergias a medicamentos y reacciones asociadas:

Enumere todas las recetas, los medicamentos de venta libre, las vitaminas, los suplementos y los remedios a base de hierbas que toma. Si tiene una lista, escriba VER ADJUNTO en el primer cuadro e inclúyalo en este paquete.

MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA

MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA

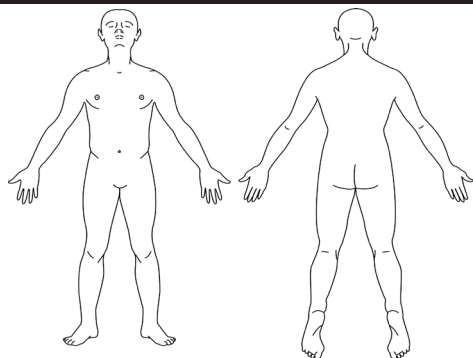
HISTORIAL FAMILIAR

PROBLEMA	PADRE	MADRE	ABUELOS DEL PADRE	ABUELOS DEL MADRE
Problema de anestesia				
Desorden sangrante				
Cancer				
Diabetes				
Epilepsia/convulsiones				
Cardiopatía				
Hypertension				
Nefropatía				
Enfermedad mental				
Derrame cerebral				

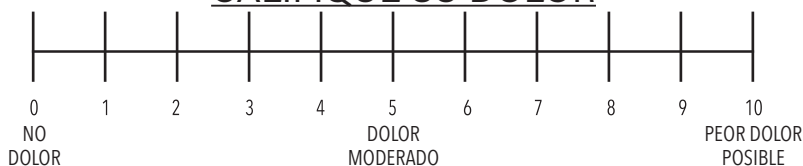
HISTORIAL SOCIAL

¿Consumes tabaco/nicotina? ☐ Si ☐ No ☐ Anteriormente
 Fecha de abandono: _____ Edad cuando dejó de fumar: _____
 ¿Qué tipo? ☐ Cigarrillos ☐ Cigarros ☐ Masticar ☐ Cigarro electrónico
 ¿Cuánto por día? _____
 Por cuánto tiempo? (meses/años): _____
 Toma alcohol? ☐ Si ☐ No ☐ Anteriormente
 Fecha de abandono: _____
 ¿Qué tipo? ☐ Cerveza ☐ Vino ☐ Licor duro
 Con qué frecuencia? ☐ A diario ☐ Semanalmente ☐ Ocasionalmente ☐ Casi nunca
 Es: ☐ Diestro ☐ Zurdo

DESIGNACIONES Y NIVELES DE DOLOR



CALIFIQUE SU DOLOR



Esta información anterior es exacta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma: _____ Fecha: _____