

777 Commercial St. SE, Suite 130
Salem, Oregon 97301
Office: 503-485-4787
Fax: 503-485-4789
Cascadecardiology.com



ADMISION DEL PACIENTE

POR FAVOR LLENE COMPLETAMENTE ANTES DE SU CITA.

Paciente Name _____ Anote cualquier names _____
Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ postal _____
Dirección física _____ Ciudad _____ Estado _____ postal _____
Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Hombre Mujer Estado Civil S M N W DP Seguro Social _____
Teléfono de Casa _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono de celular _____
Veterano? Sí No Raza _____ Raza _____ Idioma preferido _____
Empleador _____ Address _____
Esposa Nombre _____ Nombre del Padre _____
Teléfono de la casa _____ teléfono celular _____
Contacto de emergencia _____
Médico Refiriéndose _____ Oficina Phone _____
Médico de Atención Primaria _____ Oficina Phone _____
¿Estaría usted interesado en el uso de nuestro portal de paciente en línea? Sí No E-mail _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIVADO

PRIMARIA

SECUNDARIA

Seguros Name _____ Nombre Seguros _____
Dirección _____ Dirección _____
Nombre del suscriptor _____ ID # _____ Nombre del suscriptor _____ ID # _____
Relación con el paciente _____ DOB _____ Relación con el paciente _____ DOB _____

CORREO DE VOZ DE AUTORIZACIÓN

El propósito de esta autorización es proporcionar a nuestros pacientes una oportunidad para que se permita verbal de información de salud protegida (PHI). Al marcar Sí, usted autoriza a Cascade Cardiología, sus médicos, asistentes médicos, asistentes médicos, personal de administración y otro personal dejar mensajes detallados sobre el consejo médico, resultados de pruebas, la facturación y los detalles de la cita en el número (s) se indica a continuación.

Autorización: Sí No Número de teléfono autorizado _____

Por la presente autorizo Cascade Cardiología para liberar a la compañía (s) de seguro de cualquier información adquirida en el curso de mi examen o tratamiento. Estoy de acuerdo para ser plenamente responsable de todos los gastos incurridos a mi cuenta en el curso de mi tratamiento y por la presente asignar a Cascade Cardiología cualquiera y todos los seguros y los beneficios de liquidación debido a mí todo el peso de mi obligación financiera a Cascade Cardiología. Además, entiendo que mi cobertura de seguro es un relación entre yo y mi compañía de seguros y estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad financiera para el pago de los gastos incurridos (Si el paciente es menor de edad, padre, madre o tutor signo). Para más detalles por favor hacer referencia a nuestra empresa Política Financiera. Al firmar abajo Acuso recibo de una copia de este aviso. yo este medio consentir al tratamiento médico por el plan de tratamiento establecido por el médico.

Imprimir Nombre _____
Firma del paciente o representante autorizado _____ Fecha _____

Fecha ____ / ____ / ____

Nombre del paciente _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____
(Apellido) (Nombre) (Segundo)

HISTORIA SOCIAL

Ocupación? _____ Consumo de alcohol? Sí No Frecuencia? _____
Estado Civil S M N W DP El uso actual del tabaco? Sí No
Número de niños: ____ hijos ____ hijas Tipo y frecuencia? _____
Ejercicio? _____ ¿Escribe? _____ Frecuencia? _____ ¿Abuso de sustancias? Sí No Quit Fecha? _____
Dieta: Regular Bajo en grasa Baja en sal Diabética La pérdida de peso Explicar: _____
 Baja en carbohidratos Vegetariana Otro _____

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Por favor, complete la información de su farmacia a continuación como se nos puede recetar medicamentos según sea necesario:

Farmacia Nombre _____ Ubicación _____
Teléfono _____

¿Necesita ayuda con (pero no limitados a) las transferencias, uso del baño, el uso de silla de ruedas: Sí No

Si es así, usted tendrá que tener una escolta que puede permanecer con usted durante su tratamiento.

HISTORIA FAMILIAR

Antecedentes familiares de enfermedad cardíaca? Sí No No o favor specify condición: _____
Edad del miembro de la familia? _____ la madre el padre el hermano la hermana Niños Otro (Relación: _____)

ALERGIAS Y MEDICAMENTOS INFORMACIÓN

Lista de medicamentos actuales con DOSIS Y FRECUENCIA usted los toma (incluso los medicamentos de venta libre y cremas)

Las alergias a los medicamentos: Sí No List with reaction? _____

Las alergias a los guantes de látex o de goma: Sí No

Las alergias a anestesia local: Sí No

¿Toma antibióticos antes del trabajo dental? Sí No ¿Por qué? _____

Si es mujer: ¿Está usted / ¿cree que puede estar embarazada? Sí No

HISTORY MÉDICAL

¿Ha tenido alguno de estos problemas:

Sí No Válvula de Corazón Artificial

Sí No Enfermedades de la Sangre

¿Escribe? _____

Sí No Bypass

Sí No Fibrilación auricular

Sí No Marcapasos / desfibrilador

Sí No La diabetes tipo 1 o 2? _____

Sí No Pie / Tobillo Hinchazón

Sí No Soplo

Sí No Angiograma / stents

Sí No Prueba Cardíaca Anterior

Sí No Hepatitis Typo? _____

Sí No VIH

Sí No Alta presión sanguínea

Sí No Colesterol alto

Sí No Latido del corazón irregular

¿Escribe? _____

Sí No Ataque al corazón

Sí No Carrer / TIA

Sí No Trastorno de las tiroides

¿Escribe? _____

Sí No La anemia, sangrado o problemas coágulo de sangre

Sí No Dolor en el pecho, sibilancias tos con ejercicio

Sí No Mareos o desmayos con o sin ejercicio

Sí No Problemas del corazón

Sí No Hospitalización / cirugías

Fecha _____

Sí No La fiebre reumática

Cardiólogo Anterior: _____ Estado: _____ Ciudad: _____

Hospital Anterior: _____ Estado: _____ Ciudad: _____

REVISIÓN DE LOS SÍNTOMAS

Por favor verifique toda la historia pasada o presente que haya tenido con lo siguiente:

Cardíaca:

Sí No Dolor en el pecho / presión

Sí No sudoración anormal

Sí No Falta de aire, mientras que por la que se plana

Sí No Racing / latidos irregulares del corazón

Sí No desmayos

Vascular:

Sí No hinchazón (tobillo / abdominal)

Sí No heridas de la piel / úlceras (pies / dedos de los pies tardan en sanar)

Sí No dolor en las piernas al caminar o en reposo

Sí No pulsos disminuidos en los pies

Constitucional:

Sí No aumento de peso

Sí No fiebre

Sí No pérdida de peso

Sí No fatiga

Revisión de los Síntomas Heent:

Sí No cambios de visión

Sí No pérdida de la audición

Pulmonar:

Sí No roncar

Sí No falta de aliento

Sí No toser sangre

Sí No sibilancias

Sí No La tuberculosis, la exposición a TB, prueba cutánea positiva / radiografía de tórax

Urinaria:

Sí No sangre en la orina

Sí No por la noche para orinar

Neurrológico:

Sí No Mareo

Sí No convulsiones

Sí No pérdida de la memoria

Psiquiatría:

Sí No depresión

Sí No ansiedad

Hematológicas:

Sí No anemia aguda

Sí No nivel bajo de plaquetas

Endocrino:

Sí No tiroides ampliada

Sí No temblores

Dermatológicas:

Sí No Rash

Sí No úlceras de la piel

Musculoesqueléticas:

Sí No Dolor en las articulaciones

Sí No

Otros medicamentos y la información que la historia clínica no incluidos anteriormente:

RAZON POR SU VISITA

Preocupación Cardiología de hoy visite: _____

¿Cuánto tiempo ha sido motivo de preocupación? _____ días _____ semanas _____ meses _____ años

Son sus síntomas _____ constante _____ intermitente (aparece y desaparece) _____ leve _____ moderada _____ severa

¿Dónde están sus síntomas localizados _____ Espalda / Pecho _____ superiores Extremidades (Arm) _____ Jaw _____ Otro

¿Tiene un testamento en vida? Sí No En caso afirmativo, ¿dónde está el archivo? _____

Imprimir Nombre _____

Firma del paciente o representante autorizado _____ Fecha _____

Aviso de Prácticas de Privacidad

Entiendo que **Cascade Cardiología**, (en adelante como "Esta práctica") va a usar y **divulgar** información de salud acerca de mí.

Entiendo que mi **información de salud** puede incluir información tanto creada y recibida por la práctica, puede ser 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** utilizar y divulgar mi información de salud con el fin de:

- Hacer decisiones acerca de y plan para mi cuidado y tratamiento;
- Consulte a, consultar con, coordinar entre, y administrar a lo largo de con otro salud cuidado proveedores para mi cuidado y tratamiento;
- Determinar mi elegibilidad para salud plan o de seguros la cobertura, y enviar facturas, reclamaciones y otro relacionada información a de seguros empresas o otros quien mayo ser responsable a pagar para algunos o todas de mi salud cuidar; y
- Realizar varios oficina, administrativo y negocios funciones ese apoyo mi el médico de esfuerzos a proporcionar yo con, arreglar y reembolso de calidad, atención de la salud económica.

También entiendo que tengo el derecho de recibir y revisar una descripción escrita de cómo esta práctica se encargará de la información de salud acerca de mí. Esta descripción escrita que se conoce como **un Aviso de prácticas de privacidad** y describe los usos y divulgaciones de salud información hecho y el información prácticas seguido por el empleados, personal y otro oficina personal de Esta Práctica, y mis derechos con respecto a mi información médica.

Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad podrá ser revisado de vez en cuando, y que tengo derecho a recibir una copia de cualquier revisado aviso de Privacidad Prácticas. yo además comprender ese la copia o la resumen de el la mayoría corriente versión de Esta Práctica de Aviso de prácticas de privacidad en vigor se publicará en el área de espera / recepción.

Yo entiendo que tengo el derecho de pedir que algunos o todos los de mi información de salud no pueden utilizar o dan a conocer en la forma descrita en el Aviso de prácticas de privacidad, y entiendo que esta práctica no está obligado por ley a aceptar esas solicitudes.

La autorización para divulgar información médica confidencial a miembros de la familia, los amigos o los representantes legales

Imprimir Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____

Autorizo Cascade Cardiología para liberar información a: (Por favor marque todo lo que corresponda).

Spouse/Significativo Otros Nombre: _____ Teléfono # _____

- Discutir información con respecto a mi nombramiento Discutir mi médico condición **Todas**
 mensajes telefónicos Dejar Emergencia Contacto SOLAMENTE

Nombre: _____ Relación _____ Teléfono # _____

- Discutir información con respecto a mi nombramiento Discutir mi médico condición **Todas**
 mensajes telefónicos Dejar Emergencia Contacto SOLAMENTE

Adicional: _____

yo comprender ese yo mayo revocar o cambiar esta autorización a alguna hora. usted será tener el derecho a revocar esta Consentimiento a alguna hora por dándonos una notificación escrita de su revocación presentado al Cascade Cardiología. Por favor, comprenda que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción que tomamos en confianza en este consentimiento antes de recibir su revocación.

No quiero que la información compartida con nadie más que a mí mismo. Sujeto a las regulaciones de HIPAA. Véase más arriba.

Al firmar abajo, estoy de acuerdo que he revisado la información anterior y que se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Imprimir Nombre: _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

(Si incapaz a firmar, paciente Autorizado Representante)

(Relación)

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

AUTORIZO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA:

Nombre de la instalación

Dirección

Ciudad, estado, código postal de la ciudad, estado, código postal

AUTORIZO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN **PARA:**

cascada de Cardiología

Proveedor Nombre de la instalación / Proveedor

777 Commercial St. SE Suite 130

Dirección

Salem, OR 97301

Ciudad, estado, código postal de la ciudad, estado, código postal

Tipo de Información que se entregará

Información específica Sólo favor

- Notas de la carta los resultados de prueba Ultima Historia de 2 años
 Laboratorio Resultados de la medicación registros Otros:
 visita más reciente registros médicos de a _____
 todos los registros médicos

**** Nota: Si no se selecciona la casilla de verificación, cualquier registro considera necesarios a su médico para su cuidado se copiarán / impresos.**

¿Cómo se dará a conocer los registros:

- enviadas por correo por fax correo electrónico no seguro Dirección de correo electrónico: _____

**** Si los registros se darán a conocer a través de correo electrónico no segura, es importante que usted entienda los riesgos que están asociados con este método de transmisión. Se me ha informado de los riesgos que implica el uso de correo electrónico cuando no segura y autorizo la liberación de los registros anteriormente nombradas vía e-mail. ****

Propósito de lanzamiento:

- de cuidado continuo Copias de uso propio legal transferencia a otro proveedor Otros _____

Información confidencial o protegida

Si la información a revelar contiene cualquiera de los tipos de datos o información a continuación, leyes adicionales relacionadas con el uso y la divulgación de la información pueden aplicar. Entiendo y acepto que esta información será divulgada si escribo mis iniciales en el espacio aplicable al lado del tipo de información.

Iniciales

VIH / SIDA Información

Iniciales

Información sobre la Salud Mental

Iniciales

Drogas / Alcohol diagnóstico, tratamiento

Iniciales

información genética de Referencia de Información de los exámenes

Yo entiendo que la información usada del divulgada de acuerdo con la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no estará protegida por la ley federal; Sin embargo, también entiendo que la ley federal o estatal puede restringir la re-divulgación de información sobre el VIH / SIDA, la información sobre la salud mental, la información de las pruebas genéticas y de drogas / alcohol diagnóstico, tratamiento o derivación.

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE: Usted no tiene que firmar esta autorización. La negativa a firmar la autorización no afectará negativamente a su capacidad de recibir servicios de atención médica o reembolso de los servicios. La única circunstancia en la negativa a firmar significa que no recibirá los servicios de salud es si los servicios de salud representan el tratamiento relacionado con la investigación y la autorización es necesaria para participar en el estudio de investigación y recibir tratamiento relacionado con la investigación.

Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, la información descrita anteriormente ya no puede ser utilizada o revelada para los fines descritos en esta autorización por escrito. Cualquier uso o divulgación ya hecha con su permiso no se pueden deshacer. Esta autorización expirará 1 año desde la fecha de la firma continuación a menos que se introduce aquí otra fecha o evento _____. Para revocar esta autorización, por favor, envíe una declaración por escrito declarando que está revocando la autorización para: Cascade Cardiología, 777 Commercial St. suite 130, Salem, OR 97301 hasta 0060: Atención: los registros médicos.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL PACIENTE FECHA DE REPRESENTANTE LEGAL

Fecha

Imprimir nombre del paciente o NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL FECHA DEL PACIENTE

Fecha

Nos gustaría dar las gracias por elegir **Cascade Cardiología** y que nos permite ofrecer a sus necesidades de salud. Políticas que figuran en este documento han sido aprobados por la administración con el objetivo de proporcionar la mejor atención y servicio a nuestros pacientes con el menor coste.

Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Con el fin de lograr esto, necesitamos su ayuda en la lectura y la comprensión de nuestra responsabilidad financiera y política de pago.

Responsabilidad de Pago

Es la expectativa de que todos los pacientes/garantes reciben servicios son financieramente responsables por el pago puntual de todos los cargos incurridos. Aunque la clínica presentará seguros verificada por el pago de la factura (s) en atención al paciente, el paciente/garante es el responsable último de pago y se compromete a pagar la cuenta (s) de acuerdo con los precios regulares y los términos de la clínica en vigor en el momento del servicio. Los copagos son debidos en el momento del servicio. El pago se acepta en efectivo, cheques, Visa, Discover, MasterCard y American Express. Los pacientes que necesitan hacer arreglos de pago serán referidos a la Oficina de Facturación para los arreglos necesarios.

La clínica hará un esfuerzo razonable para ayudar a los pacientes a cumplir con sus obligaciones financieras. Disposiciones financieras para los pagos se harán a discreción de la clínica basada en la cantidad. Es su responsabilidad de entender su plan de beneficios.

Liberación de información

Al firmar nuestro formulario de Reconocimiento de Consentimiento, nos proporciona la autoridad para liberar la información que sea necesaria para cobrar a las compañías de seguros y otros pagadores de terceros. Los registros médicos y de facturación será archivada en **Cascade Cardiología** por un mínimo de siete años. Al solicitar los expedientes médicos, por favor espere hasta 30 días para la liberación de la información. Se podrá aplicar a ciertas partes de lo permitido por la ley de Oregon.

Responsabilidad del Paciente

Saldos después de seguros son por un plazo de 30 días del pago del seguro, a menos que otros arreglos se han hecho con el Departamento de Facturación, los consejeros financieros de la clínica.

Las declaraciones se envían en forma mensual y se requiere por la clínica que equilibra ser pagado dentro de los 30 días siguientes a la fecha de declaración. Cuentas vencidas que no han puesto en contacto con nuestra oficina para establecer acuerdos de pago se pueden enviar a una agencia de cobro fuera de la cuenta por cobrar la ayuda. En los casos en que el juego debe ser presentada con el fin de recuperar un saldo vencido, todos los costos judiciales y los honorarios del abogado serán asumidos por el paciente/garante.

Todos los servicios pueden no estar cubiertos por todas las compañías de seguros. Se debe entender que al aceptar el servicio (s), el paciente/garante es responsable del pago independientemente de la cobertura de seguro.

Los cheques devueltos por fondos insuficientes (NSF) están sujetos a una tarifa de reprocesamiento de \$15.00.

Los pacientes sin seguro

Si usted no está cubierto por el seguro, nuestra política clínica requiere un depósito de \$300.00 en el momento de su primera visita. Si va a someterse a un hospital de seguimiento de nuestra política clínica requiere un depósito de \$173.00. Este depósito se aplicará al costo total de su visita. Por favor, póngase en contacto con el Departamento de Facturación para hacer arreglos de pago de las cantidades pendientes. Citas posteriores no pueden ser programados hasta que haya acuerdos de pago vigentes.

Fuera de pacientes de red

Si la clínica no es un proveedor de la red con su compañía de seguros es posible que aún tiene beneficios fuera de la red que le permitirá ser visto. En el caso de que sus compañías de seguros le paga directamente por los servicios preformados en **Cascade Cardiología** usted está obligado a entregar el cheque a nuestra oficina dentro de los 7 días de recibo.

Facturas pendientes

La clínica se reserva el derecho de solicitar los depósitos y el pago de los saldos pendientes. Los depósitos se basan en el saldo pendiente más la parte de la factura del paciente para los nuevos servicios que se deben realizar. La clínica hará todo lo posible para trabajar con el paciente en la creación del plan de pago adecuado si es necesario.

Si la cuenta no se paga en un régimen completo o de pago y/o de pago no se han hecho dentro de los plazos permitidos, la clínica se reserva el derecho a someter la cuenta a un abogado y/o agencia de colección para la colección de la balanza.

Programación de Pacientes

Se hará todo lo posible para programar al paciente en la comodidad del paciente. Los pacientes serán informados de Política Financiera de la clínica en la primera visita inicial. Al firmar la parte inferior de la Política Financiera en la cita inicial del paciente/garante acusa recibo de copia de Política Financiera de la clínica.

Política de Asistencia

Si necesita cancelar o reprogramar cualquier cita, por favor llame a la oficina al menos 48 horas de antelación. Si se olvida de una cita y no puede ponerse en contacto con nuestra oficina como se describió anteriormente, se le cobrará una cuota de \$25.00. Si llega más de 15 minutos tarde a su cita, nos reservamos el derecho de cancelar su cita. Si olvida o reprogramar su cita en varias ocasiones, es posible que se devuelva a su PCP. La primera vez que hay un "no-show" no habrá cargo alguno para el paciente. Una segunda ocurrencia dará lugar a una tarifa de \$25. La tercera aparición será la tarifa de \$25 y el paciente puede ser dado de alta de la práctica.

La aceptación de Seguros

La clínica presentará un proyecto de ley para la compañía de seguros (s) en nombre del paciente. Se entiende que el seguro se presenta como una cortesía para el paciente y no exime al paciente/garante de la responsabilidad financiera. El paciente/garante será responsable por el pago total de todas las reclamaciones no pagadas dentro del plazo de tiempo (véase la responsabilidad del paciente). La clínica hará todo lo posible para verificar la cobertura del seguro, el deducible, la aceptación del pago por servicios y otros límites para el paciente como una cortesía.

Pre-Certificación

La clínica hará todo lo posible para pre-certificar y/u obtener referencia por escrito para todos los servicios y procedimientos que son necesarios, siempre que la clínica se suministra con la información necesaria y correcta. Además, la clínica hará todo lo posible para certificar la autorización permanente y referencias según sea necesario. Está sin embargo, la responsabilidad del paciente para comprobar que todas las autorizaciones y referencias están archivados y han sido aprobados por la compañía de seguros.

Reclamaciones rechazadas/servicios no cubiertos

Nuestro personal está capacitado para ayudarle con preguntas de seguros. CUESTIONES DE COBERTURA sólo se podrán remitir por el administrador de salud de su empleador o grupo. Aunque nuestra ayuda está disponible y vamos a hacer todo lo posible para ayudar a conseguir sus reclamos y servicios cubiertos, no podemos actuar como mediador en su nombre.

La Administración y Dirección acoge con satisfacción la oportunidad de discutir cualquier aspecto de Política Financiera. Agradecemos su confianza y nos esforzamos para ofrecerle la mejor atención médica de calidad.

He leído la Declaración de **Cascade Cardiología** Política Financiera y acepto las condiciones de pago y entiendo mis responsabilidades del paciente.

Imprimir Nombre

Firma del Representante del Paciente o autorizado

Fecha

Fecha de nacimiento

SSN