



**Connected Cardiovascular
Care Associates**

Phone: 214-814-1550

Fax: 214-814-1350

texasC3.com

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Consentimiento Para Tratamiento

Por la presente autorizo a los empleados y agentes de este consultorio médico, incluyendo médicos, asistentes médicos y enfermeros practicantes, a brindarme atención médica de rutina a mí, el paciente indicado en este formulario, y a cumplir las órdenes de los médicos, incluyendo consultores, asociados y asistentes elegidos por el médico. La vigencia de este consentimiento es indefinida y continuará hasta que sea revocado por escrito. Entiendo que, si no firmo este consentimiento, no se me brindará atención médica excepto en caso de emergencia.

Responsabilidad Financiera

Por la presente autorizo que Medicare u otras compañías de seguros paguen directamente a Connected Cardiovascular Care Associates y/o al médico tratante los beneficios médicos por los servicios prestados. Autorizo a cualquier persona o entidad que tenga información médica sobre mí a divulgar a la Health Care Financing Administration, a sus agentes o a la compañía de seguros cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Designo a Connected Cardiovascular Care Associates como mi representante autorizado para solicitar una apelación ante mi plan de seguro respecto a una denegación de servicios o de pago.

Entiendo que soy financieramente responsable del total de los cargos por los servicios prestados, lo que puede incluir servicios no cubiertos por mis compañías de seguros. Acepto que todos los montos vencen cuando se soliciten y son pagaderos a Connected Cardiovascular Care Associates. Además, entiendo que, si mi cuenta entra en mora, pagaré los honorarios razonables o gastos de cobranza que correspondan. Reconozco que soy totalmente responsable de proporcionar información correcta del seguro, información de facturación y el pago de cualquier servicio no cubierto o no aprobado por mi aseguradora. La vigencia de esta autorización es indefinida y continuará hasta que sea revocada por escrito.

12720 Hillcrest Rd, Suite 300, Dallas, TX 75230
6785 Horizon Rd, Suite 110, Heath, TX 75032

THE FUTURE OF CARDIOVASCULAR CARE™



**Connected Cardiovascular
Care Associates**

Phone: 214-814-1550

Fax: 214-814-1350

texasC3.com

Autorización para Divulgar Información

Se autoriza la divulgación de la información contenida en mi expediente médico según sea necesaria para mi tratamiento médico o para procesar y completar mis reclamaciones al seguro. Entiendo que esta divulgación de información puede incluir información relacionada con enfermedades transmisibles, como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). La vigencia de esta autorización es indefinida y continuará hasta que sea revocada por escrito.

Políticas Financieras

He leído y recibido una copia de las políticas financieras de Connected Cardiovascular Care Associates.

Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Información de Salud

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) es una regulación federal diseñada para asegurar que usted conozca sus derechos de privacidad y cómo nuestro personal puede utilizar su información médica para brindar y coordinar su atención. Connected Cardiovascular Care Associates y los médicos asociados están comprometidos a proteger la privacidad de su información de salud. Hemos puesto a su disposición una copia del aviso que explica cómo nuestros médicos pueden usar y/o divulgar su información médica protegida para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos permitidos por la ley. Al firmar este formulario, usted reconoce que ha recibido una copia del Aviso de Prácticas de Información de Salud de Connected Cardiovascular Care Associates.

He leído todo lo anterior y acepto estos términos.

He leído todo lo anterior y acepto estos términos.

Firma del Paciente/Tutor Legal

Fecha

12720 Hillcrest Rd, Suite 300, Dallas, TX 75230
6785 Horizon Rd, Suite 110, Heath, TX 75032

THE FUTURE OF CARDIOVASCULAR CARE™



Connected Cardiovascular Care Associates

Phone: 214-814-1550

Fax: 214-814-1350

texasC3.com

POLÍTICAS FINANCIERAS

Bienvenido(a) a nuestra práctica y gracias por elegir Connected Cardiovascular Care Associates para atenderle a usted y/o a sus seres queridos. Estamos comprometidos a brindarle atención de la más alta calidad y un servicio excepcional. Debido a que algunos de nuestros pacientes han tenido preguntas sobre las responsabilidades del paciente y del seguro por los servicios prestados, hemos desarrollado esta política financiera. Nuestra oficina de facturación se encuentra en Dallas y puede comunicarse al 469-608-8570 si necesita ayuda.

SEGURO:

Participamos con la mayoría de los planes de seguro. Por favor traiga su tarjeta de seguro actualizada a cada visita. Es su responsabilidad asegurarse de que nuestros proveedores participen en su plan específico y que estén dentro de la red para usted. Si está asegurado(a) por un plan que aceptamos, pero no presenta una tarjeta de seguro vigente, se requerirá el pago total hasta que podamos verificar su cobertura. Si no está asegurado(a) por un plan con el que trabajamos, se requiere el pago total en cada visita. Conocer sus beneficios de seguro es su responsabilidad. Comuníquese con su compañía de seguros si tiene preguntas sobre su cobertura.

COMPROBANTE DE SEGURO:

Debemos obtener una copia de su licencia de conducir y una tarjeta de seguro vigente para comprobar la cobertura. Si su seguro médico cambia, notifíquenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios correspondientes y ayudarle a maximizar sus beneficios. Si no nos proporciona la información correcta de su seguro, usted será responsable del saldo de la reclamación.

COPAGOS, COSEGURO Y DEDUCIBLES:

Todos los copagos, coseguros y deducibles deben pagarse al momento del servicio. Este acuerdo forma parte de su contrato con su compañía de seguros. No cobrar estos montos podría considerarse fraude. Tenga en cuenta que su aseguradora podría requerir un segundo copago si aborda otros problemas durante un examen físico o si tiene un procedimiento programado al mismo tiempo. Aceptamos efectivo, cheque, Visa, MasterCard y Discover.

12720 Hillcrest Rd, Suite 300, Dallas, TX 75230
6785 Horizon Rd, Suite 110, Heath, TX 75032



Connected Cardiovascular Care Associates

Phone: 214-814-1550

Fax: 214-814-1350

texasC3.com

PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES:

Presentaremos sus reclamaciones y le ayudaremos razonablemente a obtener el pago. Su compañía de seguros podría requerir que usted les proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con esa solicitud. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamación es su responsabilidad, independientemente de que su seguro pague o no. Sus beneficios de seguro son un contrato entre usted y su compañía de seguros; nosotros no somos parte de ese contrato. Aunque con gusto presentamos su seguro médico como un servicio, no somos responsables por limitaciones de cobertura incluidas en su plan. Si su plan de salud niega una reclamación por cualquier motivo, nuestra oficina no puede ser responsable de esa cuenta. Es responsabilidad del paciente pagar en su totalidad los montos denegados. Si su compañía de seguros no paga su reclamación dentro de 45 días, el saldo se le facturará automáticamente. Es su responsabilidad saber si nuestros proveedores están dentro de la red para su plan y cuáles son los beneficios específicos de su póliza.

SERVICIOS NO CUBIERTOS:

Tenga en cuenta que algunos, y quizás todos, los servicios que reciba pueden no estar cubiertos o pueden no ser considerados razonables o necesarios por Medicare u otros planes de seguro. Como ocurre con todos los servicios no cubiertos, usted deberá pagar en su totalidad cualquier monto que las compañías de seguros no reembolsen.

FALTA DE PAGO:

Si su cuenta tiene más de 90 días de atraso, recibirá una carta indicando que el saldo debe pagarse en su totalidad. No se aceptarán pagos parciales, salvo acuerdo previo. Si el saldo sigue sin pagarse, podríamos remitir su cuenta a una agencia de cobranza y usted podría ser dado(a) de baja de esta práctica. Si esto ocurre, se le notificará por correo certificado y tendrá 30 días para encontrar un nuevo médico.

LLAMADAS TELEFÓNICAS:

Al proporcionar información de contacto, autorizo a Connected Cardiovascular Care Associates, a sus cesionarios y a agentes externos de cobranza a utilizar la información que he proporcionado para comunicarse conmigo y para llamar a mi teléfono de casa, celular o trabajo; dejar mensajes de voz o de texto; y utilizar mensajes pregrabados, artificiales o de voz y/o sistemas de marcación automática en relación con cualquier comunicación dirigida a mí.

12720 Hillcrest Rd, Suite 300, Dallas, TX 75230
6785 Horizon Rd, Suite 110, Heath, TX 75032

THE FUTURE OF CARDIOVASCULAR CARE™



Connected Cardiovascular Care Associates

Phone: 214-814-1550

Fax: 214-814-1350

texasC3.com

CITAS PERDIDAS:

Si no puede asistir a su cita, deberá reprogramarla con 24 horas de anticipación. Esto nos permitirá ofrecer ese espacio a otro paciente. Si una cita de consulta no se presenta, se cancela con menos de 24 horas de aviso o se reprograma por llegada tardía, se podrá cargar a su cuenta la siguiente tarifa según el tipo de cita:

Consulta en oficina:	\$35.00
Procedimiento de venas:	\$100.00
Pruebas cardíacas/vasculares:	\$100.00
Pruebas nucleares:	\$250.00
Imágenes CT:	\$250.00
Grado de Calcio:	\$50.00

Este cargo no es pagadero por su compañía de seguros. Si se pierden varias citas y detectamos un problema para mantenerlas, no podremos seguir brindándole atención en esta oficina.

FORMULARIOS:

Hay un cargo de \$25 por completar formularios de FMLA, discapacidad y otros documentos. Como las compañías de seguros no cubren este servicio, este cargo es su responsabilidad. El pago vence en el momento en que los formularios o solicitudes se entregan en la clínica.

12720 Hillcrest Rd, Suite 300, Dallas, TX 75230
6785 Horizon Rd, Suite 110, Heath, TX 75032

THE FUTURE OF CARDIOVASCULAR CARE™

Autorización para Liberar Expedientes Médicos

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Yo, la persona que firma abajo, autorizo la divulgación de, o solicito acceso a, la información especificada a continuación del expediente médico del paciente arriba mencionado.

LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE SE NECESITA PARA:

Atención médica continua

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ O A LA QUE SE ACCEDERÁ:

___ Historia y Examen Físico

___ Informe de Consulta

___ Registro de sala de Emergencias

___ Informes Operativos

___ Resumen de Alta/Defunción

___ Hoja de Admisión

___ Laboratorio/Patología

___ Informes/Imágenes de Rayos X

___ Otro: _____

La información puede ser liberada (nombre o título del individuo de la organización al cual los expedientes debe ser liberada y dirección:

A:

Connected Cardiovascular Care Associates

Phone 214-814-1550 / Fax 214-814-1350

(Doctor, hospital, abogado, compañía de seguros, paciente, etc.)

Teléfono

12720 Hillcrest Rd, Ste 300, Dallas TX 75230

Dirección (Calle, Ciudad, Estado y código postal)

De Parte:

(Doctor, hospital, abogado, compañía de seguros, paciente, etc.)

Teléfono

Dirección (Calle, Ciudad, Estado y Código Postal)

Entiendo que mis expedientes son confidenciales y no pueden divulgarse sin mi autorización escrita, excepto cuando la ley lo permita. La información utilizada o divulgada conforme a esta autorización puede volver a divulgarse por el destinatario y dejar de estar protegida. Entiendo que la información específica a divulgar puede incluir, entre otros, antecedentes, diagnósticos y/o tratamiento por abuso de drogas o alcohol, enfermedad mental o enfermedades transmisibles, incluyendo VIH y SIDA.

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que ya se haya tomado alguna acción con base en ella. Esta autorización vencerá seis (6) meses después de la fecha de mi firma, a menos que la revoque antes de esa fecha.

Fecha: _____

Firma: _____

Paciente o Representante Legal

Nombre en letra de molde o representante legal

Relación al paciente



CONNECTED CARDIOVASCULAR CARE ASSOCIATES

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Email: _____

Casa#: _____ Celular#: _____ Trabajo#: _____

Método Preferido para Recordatorios de Citas: Teléfono Texto Email

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masculino Femenino Seguro Social#: _____

Raza: _____ Etnicidad: Hispano No-Hispano Idioma Preferido: _____

Estado Civil: Solter(o) Casad(o) Divorciad(o) Viuda(o) Ocupación: _____

Referido por (Familiar / Amigo / Médico): _____

Proveedor de Atención Primaria: _____ Teléfono: _____

Farmacia Preferida: _____ Ciudad: _____ Teléfono #: _____

Intersección: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro Médico Primario: _____ No. Póliza: _____

Nombre del responsable: _____ FDN: ____/____/____ No. Cuenta/Grupo: _____

Empleador: _____ Dirección de Empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ No. Teléfono: _____

Seguro Médico Secundario: _____ No. Póliza: _____

Nombre del responsable: _____ FDN: ____/____/____ No. Cuenta/Grupo: _____

Empleador: _____ Dirección de Empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ No. Teléfono: _____

Firma de Paciente o Representate Legal: _____

Nombre and Relación: _____ Fecha de Hoy: _____

12720 Hillcrest Rd, Suite 300, Dallas, TX 75230
6785 Horizon Rd, Suite 110, Heath, TX 75032

THE FUTURE OF CARDIOVASCULAR CARE™



**Connected Cardiovascular
Care Associates**

Phone: 214-814-1550

Fax: 214-814-1350

Texasc3.com

Nombre del Paciente: _____ FDN: _____

PREFERENCIA DEL PACIENTE SOBRE LA COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Por la presente doy permiso a Connected Cardiovascular Care Associates para divulgar y hablar sobre información relacionada con mis condiciones médicas con las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____

No deseo dar consentimiento para que ninguna persona tenga acceso a información sobre mis condiciones médicas.

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____

Esta autorización permanecerá vigente a menos que sea revocada por escrito. Entiendo que las solicitudes de información médica de personas no incluidas arriba requerirán una autorización específica antes de divulgar cualquier expediente.

Firma del paciente/tutor legal:

Firma del paciente/tutor legal

Fecha

12720 Hillcrest Rd, Suite 300, Dallas, TX 75230
6785 Horizon Rd, Suite 110, Heath, TX 75032

THE FUTURE OF CARDIOVASCULAR CARE™



**Connected Cardiovascular
Care Associates**

Phone: 214-814-1550

Fax: 214-814-1350

texasC3.com

AUTORIZACION PARA OBTENER REGISTROS DE MEDICAMENTOS

Autorizo a Connected Cardiovascular Care Associates a obtener mi perfil completo de medicamentos de mi seguro, farmacia u otra fuente de terceros. Entiendo que esta información se mantendrá confidencial y se utilizará Únicamente para ayudar en mi tratamiento continuo.

Entiendo que esta autorización permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito.

Firma del paciente (o representante autorizado):

Fecha

12720 Hillcrest Rd, Suite 300, Dallas, TX 75230
6785 Horizon Rd, Suite 110, Heath, TX 75032

THE FUTURE OF CARDIOVASCULAR CARE™

