



Sandeep S. Dang, M.D.
Philip S. Yang, M.D.
Son T. Dinh, M.D.
Essam Mostafa, M.D.

Tel: (714) 751-0995
Fax: (714) 751-5606
www.orangecountykidney.com

Lista Para Pacientes Nuevos

Por favor traiga los siguientes documentos a su próxima cita:

Su tarjeta de su seguro medico _____

Medicamentos o una lista de sus medicamentos _____

Resultados de exámenes (laboratorios, radiografías, ultrasonidos, etc.) _____

Paquete del Paciente Nuevo (*incluye Información Del Paciente, HIPAA y Office Policy*) _____

Por favor llámenos si tiene preguntas.
Estamos disponibles Lunes a Viernes de 8:00am-5:00pm.

Gracias! Estamos aquí para servirle.

17150 Euclid St., Ste. 200
Fountain Valley, CA 92708

19582 Beach Blvd., Ste. 314
Huntington Beach, CA 92648

320 Superior Ave., Ste. 350
Newport Beach, CA 92663

15825 Laguna Canyon Rd., Ste. 202
Irvine, CA 92618

1211 W La Palma., Ste. 707
Anaheim, CA 92801

5742 Beach Blvd., Ste. A
Buena Park, CA 90621

12666 Brookhurst St., Ste. 130
Garden Grove, CA 92840

Fecha: ___/___/___ Hora: _____ AM/PM



Sandeep S. Dang, M.D.
Philip S. Yang, M.D.
Son T. Dinh, M.D.
Essam Mostafa, M.D.

Tel: (714) 751-0995
Fax: (714) 751-5606
www.orangecountykidney.com

INFORMACION DEL PACIENTE

| | | | | | |
|--|--------------|--------------------------|--------------------|---------------------|-----------|
| Información Del Paciente | | | | | |
| Apellido _____ | Nombre _____ | Inicial _____ | | | |
| Sexo | Masc | Fem | Cumpleaños _____ | Edad _____ | SS# _____ |
| Domicilio _____ | | | | | |
| Ciudad _____ | | Estado _____ | | Código Postal _____ | |
| # de Tel _____ | | | # de Celular _____ | | |
| Correo Electrónico _____ | | | | | |
| Contacto de Emergencia | | | | | |
| Nombre _____ | | | Parentesco _____ | | |
| # de Tel _____ | | | | | |
| Doctor Primario: | | | | | |
| _____ Physician: _____ | | | | | |
| Información de Seguro (La oficina ocupa copias de su tarjeta de seguro) | | | | | |
| Nombre del Seguro _____ | | | | | |
| Nombre del Suscriptor (exactamente como aparece en su tarjeta) _____ | | | | | |
| # de Poliza _____ | | | # de Grupo _____ | | |
| Información Social | | | | | |
| Etnicidad _____ | | Lenguaje Preferido _____ | | Raza _____ | |

Autorización para soltar información: Yo declaro mi consentimiento de soltar información con el propósito de tratamiento, pago, e operaciones de cuidado y salud.

Asignación de beneficios: Yo declaro que autorizo mi beneficio de seguro de salud que sea pagado directo a mi doctor.

Consentimiento para tratamiento: Yo declaro mi consentimiento a exámenes necesarios y/o tratamiento de mi doctor o sus asistentes como sea necesario a la decisión/juicio del doctor.

Fecha _____ Firma _____

Nombre _____

AUTORIZACIÓN PARA EL USO / DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Autorización para Uso / Divulgación de Información: Yo voluntariamente autorizo y dirijo a Orange County Kidney, ubicado en 17150 Euclid St, Ste 200, Fountain Valley, CA 92708, para revelar mi información de salud durante el plazo de esta Autorización al destinatario que he identificado a continuación:

Nombre(s) de recipiente(s) que puedan recibir registros medicos: _____

Dirección para entrega de expedientes: _____

Especifique la información que se va a revelar: Esta autorización permite que el proveedor arriba mencionado revele los siguientes registros médicos:

Toda mi información de salud Incluyendo información sobre cualquier historial médico, condición mental o física y cualquier tratamiento recibido por mí, incluyendo, sin limitación, rayos X, estado de VIH / SIDA, pruebas genéticas, notas de psicoterapia y otros problemas mentales. Información de salud, información sobre drogas, alcohol u otra sustancia controlada, información de facturación, correspondencia y registros de mis otros proveedores de atención médica que el proveedor de servicios de salud antes mencionado puede contener.

Toda mi información de salud descrito anteriormente, **excepto:**

Sólo los siguientes registros O tipos de información de salud: (Inserte fechas de tratamiento, tipos de tratamiento u otra designación.)

Plazo de Autorización: Esta Autorización permanecerá vigente por un (1) año a partir de la fecha de la firma de esta autorización

Nueva divulgación: Entiendo que una vez que mi proveedor de atención médica revele mi información de salud al destinatario identificado anteriormente, mi proveedor de atención médica no puede garantizar que el destinatario no vuelva a revelar mi información de salud a un tercero. El tercero no puede estar obligado a cumplir con esta Autorización o con las leyes federales y estatales que rigen el uso y divulgación de mi información médica.

Negarce a firmar/derecho a revocar: Entiendo que puedo negarme a firmar o revocar (en cualquier momento) esta Autorización por cualquier razón y que tal rechazo o revocación no afectará el inicio, la continuación o la calidad de mi tratamiento por parte de mi proveedor de atención médica.

Revocación: Entiendo que la Autorización permanecerá vigente hasta que expire el término de esta Autorización o yo provea una notificación escrita de revocación a mi proveedor de atención médica en la dirección regular de la oficina de mi proveedor de atención médica. La revocación entrará en vigor inmediatamente después de que mi proveedor de atención médica reciba mi notificación por escrito, excepto que la revocación no tendrá ningún efecto en ninguna medida tomada por mi proveedor de atención médica en dependencia de esta Autorización antes de recibir mi notificación por escrito de revocación.

Preguntas: Puedo contactar a mi proveedor de atención médica para obtener respuestas a mis preguntas sobre la privacidad de mi información de salud en el número de teléfono regular de mi proveedor de atención médica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización de mi proveedor de atención médica.

Fotocopia: Una fotocopia, fax o copia electrónica de esta autorización se considerará tan efectiva y tan válida como el original.

No deseo autorizar la divulgación de mi información de salud a ningún destinatario en este momento.

Firma _____ Nombre Imprimido _____ Fecha _____ Firma del Testigo _____

Si el Individual no puede firmar esta Autorización, complete la siguiente información:

Firma del Representante Personal _____ Nombre del Representante _____ Relación legal _____ Fecha _____

Firma del Testigo _____



PÓLIZA FINANCIERA DE LA OFICINA

Orange County Kidney se compromete a proporcionar el más alto nivel de atención médica a nuestros pacientes. Para asegurarnos de que nuestros pacientes entiendan nuestro proceso de facturación, le pedimos que lea nuestra póliza financiera de la oficina que se enumeran a continuación:

CANCELACIONES:

Cualquier cancelación requiere 24 horas de anticipación. Habrá un cargo de \$ 15.00 por no llamar y cancelar 24 horas antes de su cita. Este cargo no es reembolsable por su seguro.

RECLAMOS DENUNCIADOS:

Nuestro departamento financiero no se involucrará en disputas entre usted y su compañía de seguros con respecto a cargos no cubiertos, coordinación de problemas de beneficios, problemas de elegibilidad, condiciones preexistentes o cualquier otro asunto, lo que hace que se rechace la reclamación. Si su reclamo es denegado por cualquier razón, la reclamación será su responsabilidad y el pago se espera inmediatamente.

PARTICIPACIÓN DEL SEGURO:

Tratamos de participar con tantas compañías de seguros como sea posible. Sin embargo, es responsabilidad del paciente asegurarse de que el médico que está viendo participe con su compañía de seguros. Cualquier paciente tratado por un médico no participante será responsable de los deducibles o cargos impuestos por su compañía de seguros.

REGISTROS MÉDICOS Y RAYOS X:

Cobramos una tarifa nominal para proporcionar a los pacientes copias de sus registros médicos y/o radiografías. Por favor pregunte a nuestra oficina sobre la cuota asociada con las copias que pertenecen a usted.

CARGOS MISCELANEOS:

Todos los cheques devueltos se evaluarán un cargo de cheque devuelto de \$ 25.00 además del cargo original. Cobramos honorarios nominales cuando nuestros médicos completan y firman formularios adicionales fuera del cuidado del paciente, los cargos varían.

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE:

Sin excepción, es responsabilidad del paciente pagar su copago y cualquier porción no pagada del deducible en el momento del servicio. Si no puede pagar su copago en el momento del servicio, nos reservamos el derecho de reprogramar su cita en la siguiente cita disponible. Cualquier co-pago adicional, deducibles y/o co-seguro será facturado al paciente según lo indicado por su compañía de seguros. Su compañía de seguros puede proporcionarle una explicación de sus beneficios para su visita. Todos los pacientes sin seguro deben pagar en su totalidad antes de prestar servicios. Finalmente, es responsabilidad del paciente informarnos y proporcionarnos una copia de su nuevo seguro, en caso de que cambie su cobertura de seguro.

REFERENCIAS:

Todos nuestros pacientes que requieren los servicios de especialistas externos o laboratorios recibirán una referencia dependiendo de su plan de salud. Todos los pacientes externos que requieren los servicios de cualquiera de nuestros especialistas deben traer una referencia de su Médico de Atención Primaria o como lo requiere su plan de atención médica. Póngase en contacto con su compañía de seguros para averiguar si se requiere una referencia. Los especialistas externos y los laboratorios tienen sus propios procedimientos y políticas de facturación; Póngase en contacto con ellos, para obtener más información.

REEMBOLSOS:

Todos los reembolsos serán procesados dentro de 6-8 semanas después de que el sobrepago se descubra en la cuenta del paciente o en el momento en que se solicita el reembolso. Los pacientes que tienen un seguro pero han hecho un pago parcial, o hecho el pago en su totalidad, no será reembolsado hasta que el pago total se recibe de su compañía de seguros.

Al firmar este formulario, estoy de acuerdo con las políticas que han sido Orange County Kidney.

Nombre del paciente

Firma del Paciente

Fecha