ENTICARE

NEW PATIENT PACKET (SPANISH)

MOTIVO DE VISITA _____ FECHA _____

RELACIÓN AL PACIENTE _____ GUARDIÁN LEGAL _____

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Sexo: ❑ Hombre ❑ Mujer Estado Civil: ❑ Soltero ❑ Casado ❑ Divorciado ❑ Viudo ❑ Otro

Dirección de envio _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Otra dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono movil _____ Teléfono de trabajo _____

Metodo preferido para recordatorios de citas: ❑ Teléfono de casa ❑ Teléfono movil ❑ Texto ❑ Correo electronico

Correo Electronico (imprima claramente) _____

Nombre de farmacia y ciudad _____ Calles que cruzan _____ Teléfono _____

INFORMACION REFERENCIAL:

Oficina de referencia _____ Direccion _____

Nombre completo del proveedor de referencia _____ Teléfono _____

Nombre completo del medico de atencion primaria _____ Teléfono _____

❑ SIN SEGURO

Persona responsible (Si el paciente es menor de edad) _____ Teléfono _____

SEGURO PRIMARIO _____ ID/Número de póliza# _____

Nombre del titular de la póliza _____ Número de grupo _____

Relación con el paciente _____ Fecha de nacimiento _____

SEGURO SECUNDARIO _____ ID/Número de póliza _____

Nombre del titular de la póliza _____ Número de grupo _____

Relación con el paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Los Estandares Federales de Privacidad requieren la siguiente información

Raza: ❑ Blanco ❑ Hispánico ❑ Asiático ❑ Afro Americano ❑ Indio Americano / Nativo de Alaska

❑ Nativo de Hawai u otra isla del Pacifico ❑ Otra raza ❑ No informado / rechazado a informar

Etnicidad: ❑ Hispánico o Latino ❑ No Hispánico o Latino ❑ Rechazado a informar

Idioma preferido: ❑ Inglés ❑ Español ❑ Otro

CONTACTOS APROBADOS POR HIPAAA

Enumere las personas a las que les da permiso para tener acceso y discuta su información de salud protegida.

Escriba 'NINGUNO' si no hay personas autorizadas

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Numero de Telefono _____ Relación _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Numero de Telefono _____ Relación _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (REQUERIDO)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Numero de Telefono _____ Relación _____

Casa Grande
1968 N. Peart Road, Suite 20 Casa Grande, AZ 85122

Chandler
2051 W. Chandler Blvd, Ste 5 Chandler, AZ 85224

Gilbert
2730 South Val Vista Drive, Ste 161, Gilbert, AZ, 85295

Glendale
17215 N. 72nd Dr. Bldg D, Ste 140A Glendale, AZ 85308

Scottsdale
7301 E. 2nd Street, Ste 308 Scottsdale, AZ 85251

San Tan Valley
36457 N. Gantzel Road., Ste 101 San Tan Valley, AZ 85140

Maricopa
44870 W. Hathaway Ave., Ste. 6 Maricopa, AZ, 85139

Enticare
enticare.com
info@enticare.com

Phone (480) 214-9000 | Fax (480) 214-9999

¿Cuál es su altura? _____ ¿Peso? _____

MEDICAMENTOS: ❑ *Ninguno*

- *Escriba todos los medicamentos que está tomando, incluidos los suplementos. (adjunte a lista según sea necesario)*

ALERGIAS ❑ Ninguno

¿Eres alérgico a: ❑ Látex ❑ Tinte de contraste ❑ Cinta adhesive ❑ Yodo

- *Escriba cualquier medicamento al que sea alérgico y cómo la afecta cada uno*

ANTECEDENTES CIRURGICOS ❑ Ninguno

¿Alguna vez ha tenido problemas con la anestesia? ❑ Si ❑ No

Por favor explique: _____

_____

PROCEDIMIENTO	FECHA (MAS/AÑO)

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Alguna vez ha sido DIAGNOSTICADO con alguna de las siguientes condiciones?

Reflujo ácido (ERGE)	❑ Si	❑ No
Abuso de alcohol	❑ Si	❑ No
Anemiat	❑ Si	❑ No
Ansiedad	❑ Si	❑ No
Asma	❑ Si	❑ No
Fibrilación auricular	❑ Si	❑ No
Bronquitis crónica	❑ Si	❑ No
Cáncer de mama	❑ Si	❑ No
Cáncer de pulmón	❑ Si	❑ No
Cáncer de próstata	❑ Si	❑ No
Cáncer de piel	❑ Si	❑ No
Cáncer de tiroides	❑ Si	❑ No
Cataratas	❑ Si	❑ No
Insuficiencia cardíaca congestiva	❑ Si	❑ No
Trombosis venosa profunda	❑ Si	❑ No
Demencia	❑ Si	❑ No
Depresión	❑ Si	❑ No
Diabetes mellitus	❑ Si	❑ No
Colesterol elevado	❑ Si	❑ No
Enfisema	❑ Si	❑ No
Alergias ambientales	❑ Si	❑ No
Epilepsia	❑ Si	❑ No
Úlcera gástrica	❑ Si	❑ No
Glaucoma	❑ Si	❑ No
Ataque al corazón	❑ Si	❑ No
Hemofilia	❑ Si	❑ No
Hepatitis B	❑ Si	❑ No
Hepatitis C	❑ Si	❑ No
VIH / SIDA	❑ Si	❑ No
Hipertensión	❑ Si	❑ No
Migrañas	❑ Si	❑ No
Esclerosis multiple	❑ Si	❑ No
Enfermedad de Parkinson	❑ Si	❑ No
Embolia Pulmonar	❑ Si	❑ No
Insuficiencia renal	❑ Si	❑ No
Artritis Reumatoide	❑ Si	❑ No
Apnea del sueño	❑ Si	❑ No
Accidente cerebrovascular medico	❑ Si	❑ No
Otro		

ANTECEDENTES FAMILIARES ❑ Ninguno

Escriba los antecedentes medicos de su Padre, Madre, Hermanos, Hijos y Abuelos

CONDICIÓN	RELACIÓN
Problemas con la anestesia	
Enfermedad de tiroides	
Cáncer de tiroides	

Cáncer de garganta	
Otro cáncer	
Pérdida de la audición	
Enfermedad del corazón	
Alta presion sanguinea	
Diabetes	
Derrame Cerebral	
Asma	
Problemas de riñon	
Problemas de sangrado / coagulación	
Otro	

ANTECEDENTES SOCIALES:

Eres un: ❑ No Fuma ❑ Ex-fumador ❑ Actual fumador

Si **'Ex fumador'**

¿Cuánto tiempo fumaste?

¿Cuándo dejaste de fumar?

Si **'Fumador actual'**

¿Cuántos paquetes al día fumas?

¿Cuánto tiempo has fumado?

¿Estás interesado en dejar de fumar? ❑ Si ❑ No

¿Bebe alcohol? ❑ Si ❑ No

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia bebe? ❑ Diario ❑ Pocos por semana/mes ❑ Rara vez

USO RECREATIVO DE DROGAS:

❑ Nunca ❑ Anterior ❑ Presente

Droga: _____

Utilizado por última vez: _____

Solo pacientes femeninos:

¿Está usted ahora o existe la posibilidad de que esté embarazada? ❑ Si ❑ No

¿REVISIÓN DE SÍNTOMAS?:

¿**AHORA** tiene alguno de los siguientes síntomas?

Fatiga	❑ Si	❑ No
Fiebre	❑ Si	❑ No
Dolor de cabez	❑ Si	❑ No
Trastorno al dormir	❑ Si	❑ No
Aumento de peso	❑ Si	❑ No
Pérdida de peso	❑ Si	❑ No
Congestión	❑ Si	❑ No
Estornudos	❑ Si	❑ No
Nariz que moquea	❑ Si	❑ No
Ojos llorosos	❑ Si	❑ No
Visión borrosa	❑ Si	❑ No
Actividad visual disminuida	❑ Si	❑ No
Picazón y enrojecimiento	❑ Si	❑ No
Disminución de la audición	❑ Si	❑ No
Disminución del sentido del olfato	❑ Si	❑ No
Dificultad para tragar	❑ Si	❑ No
Boca seca	❑ Si	❑ No
Dolor de oído	❑ Si	❑ No
Sangrado de nariz	❑ Si	❑ No
Zumbidos en los oídos	❑ Si	❑ No
Dolor de sinusitis	❑ Si	❑ No
Dolor de garganta	❑ Si	❑ No
Glándulas inflamadas	❑ Si	❑ No
Tos	❑ Si	❑ No
Dificultad para respirar al descansar	❑ Si	❑ No
Resollar	❑ Si	❑ No
Latido del corazón irregular	❑ Si	❑ No
Diarrea	❑ Si	❑ No
Acidez	❑ Si	❑ No
Náusea	❑ Si	❑ No
Vómitos	❑ Si	❑ No
Fácil de moretearse	❑ Si	❑ No
Sangrado prolongado	❑ Si	❑ No
Rigidez articular	❑ Si	❑ No
Calambres en las piernas	❑ Si	❑ No
Dolores musculares	❑ Si	❑ No
Eczema	❑ Si	❑ No
Urticaria	❑ Si	❑ No
Sarpullido	❑ Si	❑ No
Mareo	❑ Si	❑ No
Convulsiones	❑ Si	❑ No
Temblores	❑ Si	❑ No

DISFUNCION DEL TUBO EUSTACHIANO

Durante el ultimo mes, que tan problematico fue cada uno de los siguientes

0 = no hay problema | 2 = problema moderato | 5 = muy severo

Presión en los oídos	0	1	2	3	4	5
Dolor en los oídos	0	1	2	3	4	5
Las orejas se sienten obstuidas o bajo el agua	0	1	2	3	4	5
Problemas de oído cuando tiene un resfriado o sinusitis	0	1	2	3	4	5
Sonidos de crujidos o estallidos	0	1	2	3	4	5
Zumbido en los oídos	0	1	2	3	4	5
Sensación amortiguada en los oídos	0	1	2	3	4	5

Puntuación total _____ + 7 = Puntuación de elementos medios_____

¿Son estos sintomas en el oido ❑ Izquierdo ❑ Derecho ❑ Ambos

ESCALA DE SUEÑO EPWORTH

- ¿Qué posibilidades hay de que se duerma en los siguientes escenarios en contraste con solo sentirte cansado?
- Incluso si no ha hecho algunas de estas cosas recientemente, trate de averiguar cómo le habrian afectado.
- Use la escala para elegir el número más apropiado para cada situación y circule el correcto

0 = Nunca duerme
1 = Poca probabilidad de quedarse dormido
2 = Posibilidad moderada de dormirse
3 = Alta probabilidad de dormirse

ESCENARIO	PROBABILIDAD DE DORMIRSE
Sentado y leyendo	0 1 2 3
Viendo televisión	0 1 2 3
Sentado inactivo en un lugar publico, por ejemplo, teatro o reunión	0 1 2 3
Como pasajero en un automóvil por una hora sin descanso	0 1 2 3
Acostarse para descansar por la tarde	0 1 2 3
Sentado y hablando con alguien	0 1 2 3
Sentarse en silencio después del almuerzo sin alcohol	0 1 2 3
En un automóvil, mientras se detiene en unos minutos de tráfico	0 1 2 3

ANTECENTES AUDITIVOS

Porfavor circule la respuesta apropiada para cada síntoma.

Zumbidos u otros sonidos en los oídos	Si	No
Infecciones crónicas del oído	Si	No
Acumulación de cerumen	Si	No
Sensación tapada en los oídos	Si	No
Presión en los oídos	Si	No
Tímpano perforado	Si	No
Antecedentes familiares de pérdida auditiva	Si	No
Expuesto a ruidos fuertes	Si	No
Trauma a la cabeza	Si	No
Mareos o vértigo	Si	No
Problemas de sinusitis o alergia	Si	No
¿Te has hecho una prueba de audición?	Si	No
¿Te han operado el oído?	Si	No

ANTECEDENTES DE ALERGIAS

¿Cuánto tiempo ha tenido síntomas de alergia? _____

¿Todo el año o por temporada? _____

¿Se ha hecho alguna prueba de alergia antes? _____

En caso afirmativo, ¿recibió inmumoterapia? _____

¿Esta expuesto a humos, productos químicos o polvo en el trabajo?

¿Qué medicamentos recetados has probado para las alergias?

MEDICAMENTO	POR CUANTO TIEMPO

Porfavor circule un número Entre 1-5 de acuerdo a la severidad:

0 = No hay problema | 1 = leve | 5 = muy severo

Secreción nasal	0 1 2 3 4 5
Obstrucción nasal	0 1 2 3 4 5
Ojos llorosos o con picazón	0 1 2 3 4 5
Estornudos	0 1 2 3 4 5
Resollar	0 1 2 3 4 5
Tos	0 1 2 3 4 5
Comezón	0 1 2 3 4 5
Eczema	0 1 2 3 4 5
Ronchas	0 1 2 3 4 5
Dolor de cabeza	0 1 2 3 4 5
Fatiga cronica	0 1 2 3 4 5
Intolerancia a la comida	0 1 2 3 4 5
Frecuentes infecciones de los senositis o de los oídos	0 1 2 3 4 5
Resfriados frecuentes o dolor de garganta	0 1 2 3 4 5
Discapacidad de aprendizaje	0 1 2 3 4 5
Mala memoria o concentración	0 1 2 3 4 5
Hiperactividad	0 1 2 3 4 5
Gases abdominales o calambres	0 1 2 3 4 5
Artritis o dolor muscular	0 1 2 3 4 5
Asma	0 1 2 3 4 5

ENTICARE

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA USO Y DIVULGACIÓNDE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Enticare PC se toma en serio su privacidad. No divulgaremos sus registros médicos (información médica protegida) a ninguna parte sin suconsentimiento, excepto lo estipulado en nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

Name: _____ Date: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA, INCLUIDA INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL VIH Y EL SIDA

- Entiendo que ni el Proveedor ni el Destinatario pueden condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios sobre si firmo esteAutorización. Además, entiendo que el Destinatario puede volver a divulgar los Registros y que es posible que los Registros ya no estén protegidos por elRegulaciones federales de privacidad.
- Reconozco y acepto que la información médica protegida autorizada para ser divulgada bajo esta Autorización puede incluir registros de medicamentoso abuso de alcohol o enfermedad psiquiátrica, y registros de pruebas, diagnóstico o tratamiento para el VIH, enfermedades relacionadas con el VIH y enfermedades transmisibles.información relacionada.
- Con respecto a cualquier información relacionada con enfermedades contagiosas protegida por las reglas estatales de confidencialidad y divulgada bajo esta Autorización,El destinatario tiene prohibido hacer más divulgaciones de esta información a menos que yo permita expresamente una divulgación adicional de conformidad con unautorización por escrito por separado o de otro modo permitido por la ley aplicable.
- Además, con respecto a cualquier información sobre tratamiento por abuso de drogas y alcohol divulgada bajo esta Autorización, esta información ha sidodivulgados de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales prohíben al destinatario de esta informaciónhacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que yo permita expresamente una divulgación adicional de conformidad con un escrito por separadoautorización o está permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficientepara este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas.

DERECHO DE DENEGACIÓN

- Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar el Aviso de prácticas de privacidad de Enticare PC, que se muestra para inspección pública en suinstalación y en su sitio web. Este Aviso describe cómo se puede usar y divulgar mi información médica protegida, y cómo puedo acceder a mi información médica.registros.
- Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y que no tengo que firmar esta autorización para recibir tratamiento enEnticare PC Cuando mi información se usa o divulga de conformidad con esta autorización, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puedeya no estará protegido por la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Tengo derecho a revocar esta autorización enpor escrito, excepto en la medida en que la práctica haya actuado basándose en esta autorización. Mi revocación por escrito debe enviarse alOficial de privacidad de Enticare PC en 3420 S. Mercy Road, Suite 107 Gilbert, AZ 85297.

VENCIMIENTO

Esta Autorización permanecerá vigente hasta la fecha de vencimiento que se especifica a continuación o, si no se establece una fecha a continuación, durante un año después de la fecha de estafirma, momento en el que caducará esta autorización. Una fotocopia de esta Autorización se considerará vigente y válida como la original.

Fecha de vencimiento de la autorización (si corresponde): _____

Firmado por: _____ _____

Firma del paciente o tutor legal — Fecha

_____

Relación con el paciente

Casa Grande
1968 N. Peart Road, Suite 20 Casa Grande, AZ 85122

Chandler
2051 W. Chandler Blvd, Ste 5 Chandler, AZ 85224

Gilbert
2730 South Val Vista Drive, Ste 161, Gilbert, AZ, 85295

Glendale
17215 N. 72nd Dr. Bldg D, Ste 140A Glendale, AZ 85308

Scottsdale
7301 E. 2nd Street, Ste 308 Scottsdale, AZ 85251

San Tan Valley
36457 N. Gantzel Road., Ste 101 San Tan Valley, AZ 85140

Maricopa
44870 W. Hathaway Ave., Ste. 6 Maricopa, AZ, 85139

Enticare
enticare.com
info@enticare.com

Phone (480) 214-9000 | Fax (480) 214-9999

ENTICARE

PROCEDIMIENTOS EN OFICINA

Tenga en cuenta que ciertos procedimientos realizados en nuestro consultorio no están incluidos en la visita estándar al consultorio. Estos trámites se facturaránpor separado y además de los gastos de visita al consultorio. Nos hemos dado cuenta de que algunas compañías de seguros están clasificando estos procedimientos como"Cirugía" y aplicar los cargos a su deducible por año calendario. El resultado puede ser el pago del seguro por una visita al consultorio, pero NO unaprocedimiento. En tales casos, el pago del procedimiento deberá ser pagado por el paciente. Tenga la seguridad de que estamos siguiendo la facturación y la codificación aceptadasdirectrices.

Los proveedores de Enticare PC solo realizan estos procedimientos cuando se consideran médicamente necesarios para diagnosticar y tratar mejor a nuestros pacientes. Si tuse presentan con un problema de sinusitis, garganta / voz, síntomas de alergias o pérdida auditiva, es muy probable que el proveedor necesiteRealice uno o más de los siguientes procedimientos.

Los ejemplos de procedimientos en el consultorio incluyen, entre otros:

- **CPT-31575 Laringoscopia flexible**
  Este procedimiento implica pasar un endoscopio de fibra óptica flexible, largo y delgado, a través de la cavidad nasal hasta la garganta. El visor de fibra ópticapermite al médico visualizar áreas de la garganta que no se ven fácilmente usando espejos laríngeos.

- **Endoscopia nasal CPT-31231**
  Este procedimiento utiliza el endoscopio flexible o rígido conectado a una fuente de luz para ver áreas de las cavidades nasales que no pueden ser vistas por elmédico utilizando el espéculo nasal estándar y el espejo de cabeza.

- **CPT-31237 Endoscopia nasal con desbridamiento o biopsia**
  Este es el mismo procedimiento que el anterior con la eliminación de costras o tejido.

- **CPT-92511 Nasofaringoscopia flexible**
  Esto implica examinar tanto los tejidos de los conductos nasales como la faringe y la laringe.

- **CPT-95004 Prueba de alergia**
  Este procedimiento es una prueba de alergia que puede ayudar a confirmar o descartar alergias y, en consecuencia, reducir las reacciones adversas y limitarevitación innecesaria y medicamentos.

- **CPT 92567- Timpanometría**

- **CPT 92557- Audiometría**

- **CPT 92588- Emisiones otoacústicas (OAE)**
  Estos son los códigos que se utilizan para los servicios de audiología. La timpanometría se usa para saber la presión de los tímpanos. Audiometría y OAE esConsiderada una prueba de audición básica, se utiliza para saber si la audición es normal.

Comuníquese con su proveedor de seguros para verificar los beneficios y la información de cobertura antes de recibir cualquier servicio.

_____ _____

Firma del paciente, padre o tutor legal | Relación

_____ _____

Imprimir nombre | Fecha

Casa Grande
1968 N. Peart Road, Suite 20 Casa Grande, AZ 85122

Chandler
2051 W. Chandler Blvd, Ste 5 Chandler, AZ 85224

Gilbert
2730 South Val Vista Drive, Ste 161, Gilbert, AZ, 85295

Glendale
17215 N. 72nd Dr. Bldg D, Ste 140A Glendale, AZ 85308

Scottsdale
7301 E. 2nd Street, Ste 308 Scottsdale, AZ 85251

San Tan Valley
36457 N. Gantzel Road., Ste 101 San Tan Valley, AZ 85140

Maricopa
44870 W. Hathaway Ave., Ste. 6 Maricopa, AZ, 85139

Enticare
enticare.com
info@enticare.com

Phone (480) 214-9000 | Fax (480) 214-9999

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL HISTORIAL DE MEDICAMENTOS

Al firmar a continuación, doy permiso para que **Enticare, PC** acceda a los datos de mis beneficios de farmacia de forma electrónica a través de RxHub.Este consentimiento permitirá a **Enticare, PC** :

- Determinar los beneficios de farmacia y los copagos de medicamentos para el plan de salud de un paciente.
- Verifique si un medicamento recetado está cubierto (en el formulario) según el plan del paciente.
- Mostrar alternativas terapéuticas con rango de preferencia (si está disponible) dentro de una clase de medicamento para medicamentos.
- Determinar si el plan de salud de un paciente permite la prescripción electrónica a las farmacias de pedidos por correo y, de ser así,Recetas electrónicas en estas farmacias.
- Descargar una lista histórica de todos los medicamentos recetados a un paciente por cualquier proveedor.

En resumen, le pedimos permiso para obtener información del formulario e información sobre otras recetas. recetados por otros proveedores que usan RxHub.

_____
Nombre del paciente (en letra de imprenta)

_____ _____
Firma del paciente Fecha

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN

Al firmar a continuación, doy permiso a Enticare PC para comunicarse conmigo a través del correo electrónico que figura en la documentación del nuevo paciente. Entiendo que el propósito de dicha comunicación será para información educativa, acceso a nuestro portal y paranoticias relacionadas con nuestra práctica yo su proveedor que puedan afectarlo.

_____
Nombre del paciente (en letra de imprenta)

_____ _____
Firma del paciente Fecha

Casa Grande
1968 N. Peart Road, Suite 20 Casa Grande, AZ 85122

Chandler
2051 W. Chandler Blvd, Ste 5 Chandler, AZ 85224

Gilbert
2730 South Val Vista Drive, Ste 161, Gilbert, AZ, 85295

Glendale
17215 N. 72nd Dr. Bldg D, Ste 140A Glendale, AZ 85308

Scottsdale
7301 E. 2nd Street, Ste 308 Scottsdale, AZ 85251

San Tan Valley
36457 N. Gantzel Road., Ste 101 San Tan Valley, AZ 85140

Maricopa
44870 W. Hathaway Ave., Ste. 6 Maricopa, AZ, 85139

Enticare
enticare.com
info@enticare.com

Phone (480) 214-9000 | Fax (480) 214-9999

ENTICARE

POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE

Usted será responsable del pago de todos los servicios si se da alguna de las siguientes circunstancias:

- Si no tiene seguro o no nos notificó que su seguro ha terminado o cambiado;
- Si no tiene una remisión y / o autorización cuando se requiere y ha elegido ser visto;
- Si está con una compañía de seguros con la que no tenemos contrato; o,
- Si la denegación de un reclamo de la compañía de seguros, por cualquier motivo, no se puede resolver.

Seguro válido: las compañías de seguros requieren la presentación de todas las reclamaciones dentro de un límite de tiempo específico. Si tiene cambios en la cobertura de su seguro,y no nos informa del cambio dentro de los veintiún días de su visita, puede ser responsable de los cargos. Las denegaciones a menudo llegan después de la presentación.el límite ha expirado, lo que nos impide poder volver a presentar un nuevo reclamo con su nuevo proveedor. Para asegurarse de que no es responsable de los cargos,asegúrese de que siempre tengamos información actualizada sobre la cobertura de su seguro. Nuevamente, cualquier reclamo denegado por falta de seguro correctoinformación, se aplicará a la responsabilidad del paciente.

Remisiones: si su plan requiere una remisión de su médico de atención primaria, es SU responsabilidad obtenerla antes de su cita y tenerla conusted en el momento de su visita. Si su plan requiere una remisión y no la obtiene, usted será responsable de los cargos de la visita en su totalidad en ese momento.de servicio.

Cobertura: Se intentará obtener y cumplir con los requisitos de la compañía de seguros. Sin embargo, en última instancia, es SU responsabilidad comopaciente para verificar los beneficios de su plan, y si Enticare PC es o no un proveedor contratado, antes de recibir cualquier servicio. Cualquiera y todos cara aLos encuentros personales con un proveedor de Enticare califican como una visita al consultorio y darán lugar a la presentación de un reclamo a su compañía de seguros. Copago, copagoSe aplicarán los montos del seguro y del deducible y son responsabilidad del paciente.

Disputas: Los montos de copago, coseguro y deducible DEBEN pagarse en el momento del servicio. Los saldos de las cuentas también se cobrarán enel momento de su visita. Cualquier saldo impago o en disputa debe resolverse dentro de los 90 días posteriores a la fecha del servicio. Enticare PC se reserva el derecho de girarcuentas a una agencia de cobranza externa después de 90 días. La parte responsable o garante de esta cuenta será responsable de todas las tarifas de cobro,honorarios legales y cualquier otro cargo asociado con la cuenta. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de facturación de Enticare PC en **Billing@enticare.com**

Se aplicará un cargo de $ 35.00 a todos los cheques devueltos o transacciones de tarjetas de crédito en disputa.

Registros médicos: Se cobrará una tarifa de $1.00 por página hasta $6.50 a los pacientes que soliciten registros médicos para uso personal, discapacidad o no quirúrgico.razones. Enticare PC debe firmar y recibir un formulario de solicitud de registros antes de que se desembolse cualquier registro según la HIPAA. Permita hasta 14 negociosdias.

No Show / Cancelación tardía de citas:

Para evitar una tarifa de $25 por no presentarse, debe:

- Avise con al menos 24 horas de anticipación sobre su incapacidad para asistir a su cita clínica.

Para evitar una tarifa de $150 por no presentarse relacionada con estudios del sueño programados, pruebas de alergia y / o pruebas de audición, debe:

- Notifique con al menos 72 horas de anticipación su incapacidad para asistir a su estudio / examen

Para evitar una no presentación de $150 relacionada con la cirugía, debe:

- Notifique por lo menos 5 días hábiles de su necesidad de modificar su cita.

En caso de que falte a tres citas separadas sin darnos el aviso requerido, Enticare PC tiene la capacidad de darle de alta comopaciente de nuestra práctica. En el caso de que su plan de seguro no nos permita cobrar una tarifa por no presentarse, Enticare PC mantiene como recurso la capacidad dedarle de alta como paciente activo debido a su incapacidad para asistir a las citas programadas.

Despido de la práctica: Enticare PC se reserva el derecho de despedir a pacientes que no cumplan con alguno de los siguientes:

- Negarse a cumplir con las recomendaciones del proveedor;
- No cumple con las políticas de la oficina;
- Se niega a cooperar con el personal;
- Disputa repetidamente las tarifas que son justas y coherentes con los servicios prestados;
- Muestra una actitud o comportamiento amenazante u hostil hacia los médicos o el personal;
- Continúa abusando de medicamentos recetados o sustancias controladas después de la intervención del médico;
- Se niega a pagar los saldos pendientes;
- 3 ausencias u otros problemas de incumplimiento que interfieren o ponen en peligro el tratamiento o la seguridad del paciente;
- Interrupción de la comunicación con el paciente y / o la familia que resulta en una falta de confianza que hace que sea médicamente imposible tratar al paciente

Al firmar este formulario, acepta toda la información mencionada anteriormente, autoriza la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar sureclamaciones y autoriza el pago de beneficios médicos a Enticare PC, o al proveedor por los servicios prestados.

Firma del paciente, padre o tutor legal	Imprimir nombre	Fecha

Casa Grande
1968 N. Peart Road, Suite 20
Casa Grande, AZ 85122

Chandler
2051 W. Chandler Blvd, Ste 5
Chandler, AZ 85224

Gilbert
2730 South Val Vista Drive, Ste 161,
Gilbert, AZ, 85295

Glendale
17215 N. 72nd Dr. Bldg D, Ste 140A
Glendale, AZ 85308

Scottsdale
7301 E. 2nd Street, Ste 308
Scottsdale, AZ 85251

San Tan Valley
36457 N. Gantzel Road., Ste 101
San Tan Valley, AZ 85140

Maricopa
44870 W. Hathaway Ave., Ste. 6
Maricopa, AZ, 85139

Enticare
enticare.com
info@enticare.com

Phone (480) 214-9000 | Fax (480) 214-9999