Salud Digestiva de Georgia, P.C.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento:_____/_____/_____ **Seguro Social #:**_____/_____/_____

Entiendo que, como parte de mi atención médica, esta organización origina y mantiene registros de salud que describen mi historial médico, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para atención o tratamiento futuro. Por la presente doy mi consentimiento para que Digestive Healthcare of Georgia, P.C. use y divulgue información médica protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica (TPO). Se me ha dado la oportunidad de leer el "Aviso de Prácticas de Privacidad" que proporciona una descripción más completa de dichos problemas y divulgaciones.

Tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar el consentimiento. Digestive Healthcare of Georgia se reserva el derecho de revisar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Se puede obtener un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado enviando una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de Digestive Healthcare of Georgia a 95 Collier Rd., Suite 4075, Atlanta GA 30309.

Me reservo el derecho de restringir la información, médica o financiera, que Digestive Healthcare of Georgia está autorizado a divulgar y/o designar a individuos/entidades específicas autorizadas y/o discutir la información relacionada con mi atención. Si elijo restringir la divulgación de información y/o las personas/entidades que pueden recibir esta información de Digestive Healthcare of Georgia, puedo hacerlo completando el formulario de "Autorización para restringir/divulgar información de salud personal" que se colocará en mi expediente permanente.

Con este consentimiento, Digestive Healthcare of Georgia puede llamar a mi casa u otra ubicación alternativa según lo especifique yo, y dejar un mensaje en persona o en el correo de voz con respecto a cualquier elemento que ayude a la práctica a llevar a cabo la TPO, como recordatorios de citas, consultas/información sobre el seguro y/o llamadas relacionadas con mi atención clínica, incluidos los resultados de las pruebas (laboratorio, radiografías, etc.).

Puedo revocar este consentimiento por escrito en la medida en que la práctica ya haya realizado divulgaciones en función de mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, o lo revoco posteriormente, Digestive Healthcare of Georgia puede negarse a proporcionarme tratamiento. Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que Digestive Healthcare of Georgia use y divulgue mi PHI para llevar a cabo la TPO según lo permitido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Información de Salud (HIPAA)

Entiendo que la información contenida en mi historia clínica sirve como:

- Ø una base para planificar mi atención y tratamiento
- Ø un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a mi atención.
- Ø una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura.
- Ø un medio por el cual un tercero puede verificar que los servicios facturados se prestaron realmente.
- Ø una herramienta de las operaciones sanitarias rutinarias, como la evaluación de la calidad de la atención y la revisión de la competencia de los profesionales sanitarios.

_____ _____/_____/_____

Firma del paciente, tutor o representante legal Fecha

_____ _____/_____/_____

Fecha de firma del testigo

Salud Digestiva de Georgia, P.C.

Política de Divulgaciones a los Miembros de la Familia

Nombre del paciente: _____ fecha de nacimiento _____

Digestive Healthcare of Georgia (DHC) ha adoptado la Política de Divulgaciones a los Miembros de la Familia para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA"), según enmendada por la Ley HITECH, las regulaciones de seguridad y privacidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos ("DHHS") y los estándares de acreditación de la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica ("JCAHO"). así como es nuestro deber proteger la confidencialidad e integridad de la información médica confidencial según lo exigen la ley, la ética profesional y los requisitos de acreditación.

Para garantizar que Digestive Healthcare of Georgia, P.C. cumpla con las pautas de la política de Divulgaciones a los miembros de la familia, nos gustaría asegurarnos de que los miembros de la familia y/o amigos personales cercanos con los que el paciente desea compartir PHI ("Información de salud protegida") sean relevantes para la participación de esa persona en la atención del paciente. Cualquier persona a la que el paciente permita ser parte de su PHI también podrá escuchar los resultados del médico después del procedimiento del paciente.

Seleccione una de las siguientes opciones:

□ **AUTORIZO la** divulgación de mi información de salud a:

Nombre: _____/Relationship_____
Nombre: _____/Relationship_____

☐ **NO AUTORIZO la divulgación de** mi información de salud.

☐ **SOLO AUTORIZO** la divulgación de mi información de salud a la(s) siguiente(s) persona(s)/entidades:

Tenga en cuenta qué números de teléfono PODEMOS dejar un mensaje de correo de voz DETALLADO:

☐ **Hogar** ☐ **Teléfono celular/móvil** ☐ **Trabajo** ☐ **NO**E (*No deje el correo de voz mensajes en cualquier número que haya proporcionado.*)

_____ _____

Fecha de firma del paciente/tutor

SALUD DIGESTIVA DE GEORGIA, P.C.

Responsabilidades financieras del paciente

(**Por favor, traiga este formulario firmado a su cita**)

Digestive Healthcare of Georgia le da la bienvenida a su familia de médicos y proveedores de atención médica. Nos complace que nos haya elegido para cuidarlo y nos comprometemos a mejorar el valor y la calidad de su atención. Esta declaración de política tiene como objetivo responder a las preguntas que pueda tener sobre el pago de los servicios prestados en nuestras instalaciones o en el entorno hospitalario por parte de los miembros del grupo. Sus preguntas y comentarios son bienvenidos. Si bien esperamos mantener una relación duradera con usted, debemos asegurarnos de que todos los pacientes sigan nuestras políticas. Requerimos que todos nuestros pacientes lean y firmen este documento y lo mantendremos en nuestros archivos. El incumplimiento de estas políticas financieras puede resultar en el despido de la práctica.

Pago de servicios

Para su comodidad, aceptamos efectivo, VISA, MasterCard y AMEX, tarjetas de débito, cheques de viajero, giros postales y cheques personales. No se aceptan cheques iniciales ni cheques posfechados. Se requiere una identificación con foto válida en todos los cheques. **Si su plan de seguro requiere copagos, coseguros y/o deducibles, se deben pagar cuando se prestan los servicios.**

Política de cancelación/no presentación

Para garantizar que todos nuestros pacientes tengan acceso a nuestros médicos, hemos establecido las siguientes tarifas por cancelaciones tardías y no presentaciones. Las visitas al consultorio canceladas con menos de 24 horas de la cita pueden estar sujetas a un cargo de $50.00. Los procedimientos cancelados con menos de 72 horas de la cita pueden estar sujetos a un cargo de $250.00. Estos cargos se facturarán al paciente y no a su compañía de seguros.

Llegadas tardías

A los pacientes que llegan más de 15 minutos tarde a una cita programada se les puede pedir que reprogramen. Su proveedor determinará si puede trabajar en su cita si el tiempo lo permite.

Tenga en cuenta que habrá una espera asociada con el trabajo de regreso al horario. Si el proveedor no puede incluir la cita en su horario, se le pedirá que la reprograme.

Pacientes que pagan por su cuenta

El grupo da la bienvenida a pacientes que pagan por su cuenta cuando no hay cobertura de seguro disponible para nuestros servicios. A los pacientes que no tienen seguro se les pide que paguen en su totalidad en el momento del servicio. Si por alguna razón no puede pagar en su totalidad en el momento del servicio, hable con el gerente de facturación antes de la visita para determinar si se pueden establecer acuerdos de pago razonables con el grupo. Los pacientes sin seguro deben pagar un anticipo de $100 al registrarse. Esto se aplicará a su visita. Si su visita es superior a $100, se le facturará el resto de su saldo. Todas las pruebas de laboratorio tienen un costo por separado a través de LabCorp. Las tarifas de sus laboratorios se pagarán en el momento del servicio.

Llenado de formularios

Para su comodidad, nuestros médicos llenarán los formularios de FMLA para nuestros pacientes. La tarifa por este servicio es **de $30.00**. Esta tarifa debe pagarse cuando el formulario se envía por correo o se deja en el consultorio. Los pacientes no están obligados a pagar una tarifa por los formularios estatales de discapacidad o compensación para trabajadores.

Cobertura de seguro

La participación de su médico en su plan de seguro

Nuestro grupo acepta la mayoría de los principales planes de seguro. Antes de su visita inicial, comuníquese con su compañía de seguros para confirmar que el médico que verá participa en su plan. Si es necesario un procedimiento y decide que su procedimiento se realice en nuestro laboratorio de endoscopia, comuníquese con su compañía de seguros para asegurarse de que nuestro laboratorio de endoscopia también esté en la red de su plan de seguro. Nuestro departamento de facturación lo ayudará con cualquier información que su compañía de seguros pueda necesitar para aclarar la participación de nuestro médico/laboratorio de endoscopia con su plan.

Si el médico no participa en su plan de seguro, usted será responsable del pago de todos los cargos en el momento de su visita. Se le proporcionará una factura detallada que puede enviar a su plan de seguro para cualquier reembolso para el que pueda ser elegible.

Información demográfica actual y del seguro del paciente

Si su médico participa en su plan de seguro, presentaremos un reclamo en su nombre y solo solicitaremos el pago en el momento del servicio por cualquier copago, deducible, coseguro o servicio que no esté cubierto por su plan. En el caso de la

Para presentar su seguro, debemos tener una identificación válida con foto, la(s) cobertura(s) de seguro actual y estar al tanto de cualquier cambio en la dirección o números de teléfono del seguro o del paciente. **Traiga su tarjeta de seguro a cada visita para que podamos confirmar su cobertura. De lo contrario, la visita se considerará pago por cuenta propia.**

Responsabilidad de pago del paciente por servicios no cubiertos

En algunos casos, es posible que su seguro no cubra ciertos servicios o que tenga límites de cobertura. La cobertura limitada de atención médica preventiva de rutina es común entre los planes de seguro. Podemos solicitar el pago de cualquier servicio conocido y no cubierto en el momento de su visita; de lo contrario, se le facturarán en una fecha posterior.

El Seguro de Atención Administrada (HMO. Planes POS y PPO)

Se espera que los pacientes con planes de salud de atención administrada cumplan con los requisitos de pago al momento del servicio del plan particular bajo el cual están cubiertos. Los pacientes de atención administrada no recibirán estados de cuenta mensuales, excepto por los servicios que no están cubiertos por el plan.

Es posible que su plan de atención administrada requiera una **remisión** de su PCP para pagar su visita a un especialista. Asegúrese de haber obtenido las referencias requeridas antes de su visita. Si su plan de seguro requiere una remisión y no tenemos una, intentaremos notificarle antes de la visita. Si no podemos obtener una referencia mientras espera, se le dará la opción de pagar la visita de su bolsillo o reprogramar la visita para una fecha posterior después de que se pueda obtener la referencia.

Su plan de atención administrada también puede requerir **autorización previa (precertificación) antes de** cualquier procedimiento ambulatorio realizado por nuestros médicos. Nuestro departamento de precertificación le ayudará a obtener una autorización previa para los servicios ambulatorios que se consideren médicamente necesarios. Sin embargo, es posible que la **colonoscopia de detección** no esté cubierta por su plan de seguro, incluso si su médico la recomienda. Usted es responsable de llamar a su compañía de seguros para asegurarse de que **las pruebas de colonoscopia de rutina** sean un beneficio cubierto por su plan de seguro.

Seguro de Indemnización

Nuestro grupo no tiene contratos con planes de seguro de indemnización, con la excepción de Blue Cross. Todos los demás planes de indemnización serán presentados como cortesía por nuestra oficina. Si el pago no se recibe dentro de los 60 días a partir del momento en que se presenta el reclamo, la visita se cambiará al estado de pago por cuenta propia.

Seguro de Medicare

Nuestros médicos aceptan la asignación de Medicare por los cargos cubiertos de Medicare. El pago del monto del coseguro de Medicare del 20% se facturará después de que recibamos el pago de Medicare. Se espera el pago del deducible anual o de cualquier cargo no cubierto en el momento del servicio, a menos que tenga un seguro secundario aceptado por el grupo (consulte la póliza "Seguro secundario" a continuación).

Es posible que Medicare no pague por ciertos servicios que determine que son médicamente innecesarios. Si existe la posibilidad de que un servicio que se le proporcionará pueda entrar en esta categoría, se le pedirá que firme un **aviso anticipado para el beneficiario** indicando que reconoce esta posibilidad y que acepta pagar todos los servicios que Medicare determine que son médicamente innecesarios.

Medicaid y mejores seguros de salud de Georgia

Los pacientes deben mostrar un comprobante de elegibilidad actual de Medicaid de Georgia (tarjeta actual de Medicaid o formulario DMA964) antes de ver a un médico. Los copagos deben pagarse en el momento del servicio.

Seguro de Compensación para Trabajadores

Los servicios validados de compensación para trabajadores se facturan al empleador o a la compañía de seguros del empleador, según la política de la empresa. En ausencia de validación por parte del empleador de una lesión relacionada con el trabajo, el paciente será responsable del pago de los servicios prestados. En caso de que el empleador o la aseguradora nieguen posteriormente un servicio de compensación para trabajadores validado, dichos cargos serán responsabilidad financiera del paciente.

Seguro Secundario

Presentamos un seguro secundario solo para los planes aceptados por el grupo. También presentamos todos los planes de seguro Medigap para nuestros pacientes de Medicare. Permitimos 60 días a partir de la fecha de servicio para que su pagador secundario pague. Más allá de los 60 días, los saldos secundarios impagos son responsabilidad del paciente.

Firmado: _____ Fecha: _____

Paciente/Garante

Al firmar arriba, el paciente o garante reconoce que ha leído y está de acuerdo para cumplir con todas las políticas anteriores. Por favor, traiga este formulario firmado a su cita.