

Los médicos quirúrgicos avanzados

Andrew J. Shapiro, MD, PA

1447 Medical Park Blvd., Suite 407 * Wellington, FL 33414 * Teléfono: 561-333-1335 * Fax: 561-333-4252

2013 Septiembre actualizado

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Esta es la política de la práctica de que los médicos y personal preservar la integridad y la confidencialidad de la información de salud protegida (PHI) relativas a nuestros pacientes. El objetivo de esta política es asegurar que nuestra práctica, los médicos y el personal médico tiene la necesaria y PHI para proporcionar la más alta calidad atención médica posible al tiempo que se protege la confidencialidad de la información confidencial de nuestros pacientes al más alto grado posible. Los pacientes no deben tener miedo a proporcionar información a nuestra práctica, los médicos y el personal a los efectos de tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la salud (OPC). Con ese fin, nuestra práctica, los médicos, y el personal .

- Cumplir con las normas establecidas en el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- Recopilar, utilizar y divulgar su PHI en conformidad con las leyes estatales y federales actuales del paciente y pactos y/o autorización, según corresponda. Nuestra práctica, su médico y el personal no se utilizar o divulgar su PHI para uso fuera de la TPO, sin la autorización del paciente.
- Utilizar y divulgar su PHI para recordar a los pacientes de sus citas a menos que nos enseñe a no.
- Reconocer que SU INFORMACIÓN CONFIDENCIAL obtenida acerca de los pacientes deben ser precisos, oportunos, completos, y disponible cuando se necesite. Nuestra práctica, los médicos y el personal se apliquen las medidas razonables para proteger la integridad de toda la información confidencial mantenida de los pacientes.
- Reconocer que los pacientes tienen el derecho a la privacidad. Nuestra práctica, los médicos y el personal respecto de la dignidad de la persona paciente en todo momento. Nuestra práctica, los médicos y el personal deberá respetar la privacidad de los pacientes en la medida en que ello sea compatible con la más alta calidad y atención médica posible con una administración eficiente de las instalaciones.
- Actuar como responsable información administradores y tratar toda la información confidencial como confidencial. En consecuencia, nuestras prácticas y los médicos y el personal,
 - Tratar toda la información confidencial los datos de forma confidencial de acuerdo con la ética profesional, las normas de acreditación y los requerimientos legales .
 - No divulgaremos su PHI datos a menos que el paciente (o su representante autorizado) ha autorizado debidamente la liberación o a la liberación se autorice lo contrario por la ley.
- Reconocemos que, aunque la práctica "posee" el historial médico, el paciente tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de su PHI. Además, los pacientes tienen derecho a solicitar una enmienda a su expediente médico si él/ella cree información inexacta o incompleta. Nuestra práctica y sus médicos y el personal.
 - Permitir el acceso del paciente a sus expedientes médicos cuando sus peticiones por escrito son aprobados por nuestra práctica. Si negamos la solicitud y, a continuación, debemos informar al paciente que él/ella puede solicitar una revisión de la negación.
 - Proporcionar a los pacientes la oportunidad de solicitar la corrección de información inexacta o incompleta SU PHI en sus registros médicos en conformidad con la ley y las normas profesionales.
 - Proporcionar a los pacientes una copia electrónica de la historia clínica de su solicitud por escrito y aprobación de la práctica. Si negamos la solicitud y, a continuación, debemos informar al paciente que él/ella puede solicitar una revisión de la negación.
- Todos los médicos y el personal mantendrá una lista de ciertas divulgaciones de su PHI para fines distintos de TPO para cada paciente y las adoptadas en virtud de la autorización requerida por HIPAA las reglas. Le ofrecemos la lista de los pacientes previa petición, a condición de que la solicitud sea por escrito.
- Todos los médicos y el personal de nuestra práctica se adhieran a las restricciones relativas a la utilización o divulgación de su PHI que los pacientes han solicitado y han sido aprobados por nuestra práctica.
- Todos los médicos y el personal deben adherirse a esta política. Nuestra práctica no tolerará violaciones de esta política. Violación de la política es un motivo para las sanciones disciplinarias de acuerdo con la práctica personal de normas y reglamentos.
- Nuestra práctica puede cambiar esta política de privacidad en el futuro. Cualquier modificación será efectiva a partir de una política de privacidad revisada , que se pondrá a disposición de los pacientes a petición.

Los médicos quirúrgicos avanzados

Andrew J. Shapiro, MD, PA

1447 Medical Park Blvd., Suite 407 * Wellington, FL 33414 * Teléfono: 561-333-1335 * Fax: 561-333-4252

CONSENTIMIENTO DE LA PACIENTE DE USO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Por medio de la presente doy autorización a Andrew J, Shapiro, MD, PA usar y divulgar información de salud protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la salud (OPC). (Andrew J. Shapiro, MD, PA aviso de Política de Privacidad proporciona una descripción más completa de esos usos y divulgaciones.)

Tengo el derecho a la notificación de la Política de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Andrew J, Shapiro, MD, PA se reserva el derecho de revisar la Comunicación de la Política de Privacidad en cualquier momento. Un aviso revisado Política de Privacidad puede ser obtenida mediante el reenvío de solicitud por escrito a Andrew J, Shapiro, MD, PA en 1447 Medical Park Blvd., Suite 407, Wellington, FL 33414.

Con este consentimiento, Andrew J, Shapiro, MD, PA, puede llamar a mi casa o cualquier otro lugar alternativo y dejar un mensaje en el correo de voz, con mi esposa o yo mismo en referencia a los elementos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, como recordatorios de la cita, los seguros y las llamadas relativas a mi atención clínica, incluyendo los resultados del laboratorio entre otros.

Con este consentimiento, Andrew J, Shapiro, MD, PA puede mandar a mi casa u otro lugar alternativo cualquiera de los elementos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, como recordatorios de la cita y el paciente. La práctica es necesaria de acuerdo con mi pedido restricciones, si por escrito.

Andrew J. Shapiro, MD, PA no divulgar o vender su PHI para fines de comercialización o uso de su información para recaudar fondos sin su autorización previa.

Andrew J. Shapiro, MD, PA no revelar su PHI a un plan de salud si has pagado por servicios en plena de su bolsillo sin su autorización previa.

Si Andrew J. Shapiro, MD, PA decide, está autorizado a utilizar recordatorios de citas automatizada por teléfono o por mensaje de texto, pero usted tiene el derecho de dejar de recibir estos tipos de comunicaciones, por la que la notificación por escrito.

Si Andrew J. Shapiro, MD, PA es notificado o tenga conocimiento de una violación en su PHI nuestro personal le informará por escrito, a la mayor brevedad dicha infracción ha sido descubierto.

Al firmar este formulario, estoy consiente a Andrew J, Shapiro, MD, PA la utilización y divulgación de mi INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA para llevar a cabo las OPC.

PUEDO revocar mi consentimiento por escrito salvo en la medida en que la práctica ya ha hecho declaraciones en la dependencia de mi consentimiento previo. Si no tengo firmar este consentimiento, o revocar después, Andrew J, Shapiro, MD, PA puede negarse a proporcionar tratamiento para mí.

Los médicos quirúrgicos avanzados

Andrew J. Shapiro, MD, PA

1447 Medical Park Blvd., Suite 407 * Wellington, FL 33414 * Teléfono: 561-333-1335 * Fax: 561-333-4252

PACIENTE POLÍTICA FINANCIERA

Bienvenidos a nuestra práctica. Nuestros médicos están dedicados a proporcionar la mejor atención quirúrgica y servicio. Si usted tiene cualquier preguntas adicionales o específicas, póngase en contacto con nuestra empresa de facturación. Nuestra política financiera es:

- A menos que usted o su compañía de seguros ha hecho otros arreglos, de antemano, el pago debe efectuarse en el momento del servicio. Para su comodidad, la oficina acepta dinero en efectivo, cheques personales, tarjetas de crédito y tarjetas de débito.
- Somos un proveedor participante de Medicare . Usted tendrá que pagar el deducible Parte B secundaria a menos que su seguro se paga el deducible. Usted tendrá que pagar el 20% coseguro a menos que su seguro secundario paga el coseguro.
- Si su médico no es un proveedor participante con su compañía de seguros, reclamamos como cortesía para usted. La mayoría de las compañías de seguros, enviar el pago a la paciente; por lo tanto pago es debido al momento del servicio.
- Si su médico **es un** proveedor participante con su compañía de seguros, presentar reclamaciones. Usted será responsable de co-pagos, coseguros y deducibles que son debido al momento del servicio.
- Si su compañía de seguros no pagan por los servicios de manera oportuna, por favor entienda que usted será responsable por el importe total de la reclamación presentada.

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información relativa a las reclamaciones por los servicios que se me han facilitado y/o dependientes. Yo autorizo Andrew J, Shapiro, MD, PA que presenten las solicitudes de los servicios que se han prestado a mí y/o las personas a su cargo, sin necesidad de obtener mi firma en cada uno de ellos y todo reclamo para mí y/o dependientes. AUTORIZO el pago se envían directamente a Andrew J, Shapiro, MD, PA por los servicios prestados a mí y/o dependientes.

Los médicos quirúrgicos avanzados

Andrew J. Shapiro, MD, PA

1447 Medical Park Blvd., Suite 407 * Wellington, FL 33414 * Teléfono: 561-333-1335 * Fax: 561-333-4252

Responsabilidad Financiera del Paciente Política

Métodos de Pago:

Métodos aceptables de pago son en efectivo, cheque, tarjetas de crédito y tarjetas de débito.

Cualquier cheque devuelto por el banco le cobrará una cuota de \$25.00.

Si no está seguro de que se tiene constancia, pague completo en el momento del servicio.

Co-pago y el saldo pendiente se debe en el momento del servicio.

- Pago en el check-in se cobra.
- Los pacientes son los responsables de saber lo que su visita al consultorio de la cantidad a pagar es, con el fin de alertar de cualquier cambio.
- Los saldos pendientes en el check-in se cobra

Registro:

UNA esté completamente terminado, el paciente se mantendrá un registro en el archivo de la historia clínica del paciente durante el tiempo en que el paciente se considera activo.

Registro del paciente se actualizará completamente por el paciente anualmente o a cualquier cambio a la hora de mantener la exactitud

Información.

Los números de la Seguridad Social son necesarios para cada paciente, incluidos los menores de edad.

Las firmas de los responsables.

Su tarjeta de seguro se fotocopiarán anualmente o a cualquier cambio. El paciente tiene la responsabilidad de mantener nosotros

Informado de los cambios en cuanto a la inscripción y el seguro.

Cuentas vencidas:

Declaración de pago es debido a la recepción.

Falta de pago puede resultar en la preparación de colecciones de mesa, el tribunal de reclamos menores y de la descarga de la práctica. Si cualquier cuenta sin pagar por un período de más de 60 días, puede ser entregado a una agencia de colección exterior. El responsable financiero de la cuenta será responsable de todos los costos de cobranza, honorarios razonables de los abogados y las costas judiciales. Cualquier cuenta enviada a la recaudación podría resultar en el paciente, y de todos los miembros de la familia que el paciente es responsable de ser despedido como garante de la práctica.

Reclamaciones de seguros:

Usted, el paciente, o un adulto responsable son responsables de conocer y comprender el alcance de su cobertura. Esto incluye la verificación de que los médicos son proveedores de la red de seguro. Es su responsabilidad asegurarse de que disponemos de información sobre el seguro.

Presentación de la reclamación:

En el caso de que el paciente tiene cobertura de seguro médico pero no puede proporcionar la documentación, los cargos se introducirá como auto-pago. Con la entrega de tarjeta de seguro, vamos a presentar un formulario de reclamación de seguro médico. Seguro secundario es presentada a la paciente presentación de la prueba de seguro secundario.

Referencias:

Algunos seguros requieren que tenga una referencia de su médico de atención primaria. Por favor, asegúrese de que su médico de cabecera ha sido notificado de este nombramiento y nos ha proporcionado y que con una copia de esta consulta antes de su nombramiento, si la remisión no es recibido en el momento de su nombramiento, volver a programar su visita para otro momento. Nuestra práctica hará todo lo posible para ayudarle a adquirir esta recomendación, pero en definitiva, es responsabilidad del paciente.

Los médicos quirúrgicos avanzados

Andrew J. Shapiro, MD, PA

1447 Medical Park Blvd., Suite 407 * Wellington, FL 33414 * Teléfono: 561-333-1335 * Fax: 561-333-4252

LAS FORMAS Y LA LIBERACIÓN DE LOS REGISTROS:

La realización de formularios administrativos acerca de su cuidado y la duplicación de registros médicos no es parte de su rutina de servicios médicos. Estamos encantados de poder ayudarle en todo lo que podamos, pero nos reservamos el derecho de cobrar adecuadamente para estos servicios adicionales basados en tiempo y esfuerzo. La cuota mínima es de \$25.00 para la realización de formularios administrativos como FMLA y solicitudes de indemnización por discapacidad.

Si nos obligan a copiar sus expedientes médicos, de conformidad con la Ley del Estado, nuestra política es la de cobrar \$1.00 por página para las primeras 25 páginas, \$0.25 por página en las páginas 26 y superior más gastos de envío. Puede que se apliquen cargos adicionales para los registros que se STAT y que deben ser certificados. Usted puede recoger los registros de nuestra oficina para guardar los gastos de envíos. Podemos proveer a su registros descargado electrónicamente a jump drive sin cargo adicional.

- Las solicitudes deben ser hechas por escrito cumplimentando nuestro formulario de registro.
- No hay costo para proporcionar registros médicos o de las instalaciones que le remitimos a ver.
- Ten en cuenta que puede tardar hasta 10 días hábiles para que los registros deben estar disponibles para recoger o entrega.
- Tenga que esperar hasta 3 días hábiles para reclamaciones FMLA y discapacidad a terminado.

Los menores/dependientes:

Los niños menores de 18 años se requerirá la firma de un adulto responsable en parte del formulario de registro. No podemos tratar un menor no acompañado.

Cuenta Consulta/Ayuda Financiera:

NUESTROS MÉDICOS NO DISCUTIR LAS CUESTIONES FINANCIERAS. NUESTRO PERSONAL ESTÁ CAPACITADO DE FACTURACIÓN PARA DISCUTIR SOBRE SU CUENTA Y PUEDEN HACER ARREGLOS PA coadyuva además SI ES NECESARIO.

Los médicos quirúrgicos avanzados * Andrew J. Shapiro, MD, PA *

1447 Medical Park Blvd., Suite 407 * Wellington, FL 33414 * Teléfono: 561-333-1335 * Fax: 561-333-4252

Paciente Nombre impreso: _____ Fecha de nacimiento: _____

Garantía de Pago

GARANTÍA DE PAGO

Me han entregado y tuvo la oportunidad de examinar al paciente Paciente Responsabilidad Financiera y las políticas financieras.

Paciente Firma: _____ Fecha: _____

Parte responsable Firma: _____ Relationship: _____ Date: _____

Consentimiento para tratamiento médico y quirúrgico

Consentimiento

El abajo firmante consiente en toda la asistencia médica y los servicios, el tratamiento quirúrgico, pruebas y procedimientos, incluyendo, pero no limitado a estudios radiológicos, de laboratorio y procedimientos de diagnóstico, y de la anestesia, que un médico, sus empleados, enfermeras, o designados estime conveniente a los abajo firmantes paciente durante el tratamiento.

Paciente Firma: _____ Date: _____

Parte responsable Firma: _____ Relationship: _____ Date: _____

Si el paciente es menor de 18 años, yo por la presente doy mi permiso a _____ a ser tratados por Andrew J. Shapiro, MD, PA

Asignación de las prestaciones del seguro

Asignación de Beneficios

Por la presente autorizo el pago directamente a Andrew J. Shapiro, MD, PA, (AJSMDPA) y asignar a cualquier y todos los derechos y beneficios que yo o el paciente puede tener bajo cualquier póliza de seguro médico, automóvil, protección contra lesiones personales, la remuneración de los trabajadores, o cualquier otra cobertura más directa la compañía de seguros que el pago de beneficios directamente a AJSMDPA. Yo entiendo que soy responsable de AJSMDPA. Yo entiendo que soy responsable por los cargos de AJSMDPA no cubiertos por esta asignación.

Vida Firma Autorización: autorizo AJSMDPA a proporcionar a mi compañía de seguros o su representante, o Administración de la Seguridad Social o al Centro de Medicare y Medicaid, o Medigap o sus intermediarios o al agente de facturación AJSMDPA toda la información necesaria para la reclamación o reclamaciones relacionadas con. ME permiten una copia de esta autorización que se utiliza en lugar de la original.

Paciente Firma: _____ Fecha: _____

Parte responsable Firma: _____ Relationship: _____ Date: _____

Anuncio de la Política de Privacidad

Política de Privacidad

Yo he sido siempre y ha tenido la oportunidad de revisar la Política de Privacidad.

Paciente Firma: _____ Fecha: _____

Parte responsable Firma: _____ Relationship: _____ Date: _____

Consentimiento de la paciente de uso y revelación de información de salud protegida

Consentimiento y el uso de IPS

Por medio de la presente doy autorización a Andrew J, Shapiro, MD, PA (AJSMDPA) para usar y divulgar información de salud protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la salud (OPC). (AJSMDA aviso de Política de Privacidad proporciona una descripción más completa de esos usos y divulgaciones.)

Tengo el derecho a la notificación de la Política de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Andrew J, Shapiro, MD, PA se reserva el derecho de revisar la Comunicación de la Política de Privacidad en cualquier momento. Un aviso revisado Política de Privacidad puede ser obtenida mediante el reenvío de solicitud por escrito a Andrew J, Shapiro, MD, PA en 1447 Medical Park Blvd., Suite 407, Wellington, FL 33414.

Con este consentimiento, AJSMDPA, puede llamar a mi casa u otro lugar alternativo y dejar un mensaje en el correo de voz, con mi esposa o yo mismo en referencia a los elementos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, como recordatorios de la cita, los seguros y las llamadas relativas a mi atención clínica, incluyendo los resultados del laboratorio entre otros.

Con este acuerdo de consentimiento, AJSMDPA puede mandar a mi casa o en otro lugar alternativo los elementos que ayudan a la práctica en la realización de las OPC, como recordatorios de la cita y el paciente. La práctica es necesaria de acuerdo con mi pedido restricciones, si por escrito.

Al firmar este formulario, estoy consiente a Andrew J, Shapiro, MD, PA la utilización y divulgación de mi INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA para llevar a cabo las OPC.

PUEDO revocar mi consentimiento por escrito salvo en la medida en que la práctica ya ha hacer las revelaciones en la dependencia de mi consentimiento previo. Si no me firmar este consentimiento, o revocar después, AJSMDPA puede negarse a proporcionar tratamiento para mí.

Paciente Firma: _____ Fecha: _____

Parte responsable Firma: _____ Relationship: _____ Date: _____

Aviso Médico Cobertura Responsabilidad Financiera

Mala Praxis

Me han entregado y tuvo la oportunidad de revisar el Aviso Médico Cobertura Responsabilidad Financiera.

Paciente Firma: _____ Fecha: _____

Parte responsable Firma: _____ Relationship: _____ Date: _____