



Cardiology Consultants of North Morris, P.A.

356 Route 46, Mountain Lakes, NJ 07046, Tel: 973-586-3400 Fax: 973-586-1916

Fecha y hora de su cita:

Por favor venga 15 minutos antes de tu cita:

Bienvenido a nuestra Oficina:

Si aún no lo ha hecho, por favor complete los formularios de paciente nuevo antes de su cita en nuestra oficina. Por favor, complete la lista detallada de todos y cada uno de los medicamentos que esté tomando, esto es muy importante para el médico.

Por favor recuerde traer su tarjeta de seguro y su identificación de foto con usted cuando venga.

SI SU SEGURO REQUIERE UN REFERIDO - POR FAVOR, OBTENGA UN REFERIDO DE SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIO ANTES DE SU CITA. USTED NO PODRÁ SER VISTO SIN UN REFERIDO SI SU SEGURO REQUIERE UN. POR FAVOR, CONSULTE CON SU SEGURO SI NO ESTÁ SEGURO SI SU PÓLIZA REQUIERE UN.

Gracias por su Ayuda,

Cardiology Consultants of North Morris
Atlantic Medical Group
(anteriormente conocido como Practice Associates Medical Group)
356 Route 46
Mountain Lakes, NJ 07046



Estimado paciente

Para su próxima cita, le estamos enviando información importante relacionada al funcionamiento de nuestra oficina así como todas las planillas necesarias para su proxima cita. Por favor completelas y traigalas el día de su cita además de la **tarjeta de su seguro médico**.

Todos nuestros medicos participan con **Medicare** el cual cubre 80% de los servicios medicos prestados. Usted debe pagar el 20% restante el día de su visita médica.

Si usted esta cubierto por un seguro médico tipo **HMO**, es muy importante que traiga la referencia médica ó el número de referencia expedido por su médico primario. Los pagos compartidos (copayment ó coinsurance) deben ser pagados el día de la visita médica. Nosotros aceptamos dinero en efectivo, cheques y tarjetas de credito ó débito **Visa, Mastercard y Discover**.

Por favor traiga cualquier record médico ó copia de los exámenes practicados anteriormente así como **todos los medicamentos** que esta recibiendo.

El día de su visita médica por favor no use fajas, corsets ó medias tipo pantyhose para poder realizar el exámen físico ó practicar un Electrocardiograma (EKG).

Si su médico primario le ha ordenado algun exámen diagnóstico cardiovascular, es muy importante que el día de la prueba usted traiga la prescripción para dicho examen.

Estamos a su orden para ayudarle. Si usted tiene alguna pregunta ó preocupación por favor llámenos a nuestra oficina de Lunes a Viernes entre 9:30 a.m. y 4:30 p.m. al teléfono (973)586-3400.

Gracias de nuevo por permitirnos participar en su tratamiento médico.



INFORMACION PARA NUESTROS PACIENTES CON MEDICARE

“El no cobrar rutinariamente el pago compartido (Copayment) ó el deducible es ilegal”

Deducible

El deducible de Medicare es la cantidad que debe ser pagar por el paciente antes de que Medicare comience a cancelar por cualquier servicio médico realizado al paciente. Para la fecha actual, el deducible de Medicare parte B es de \$283.00 por año.

Pago compartido (Copayment ó coinsurance)

Es la cantidad ó porcentaje del costo del servicio médico el cual debe ser pagado por el paciente. El pago compartido (Copayment) de Medicare Parte B es 20% de la cantidad total permitida. Por ejemplo, si la cantidad aceptada por Medicare por el servicio médico practicado es de \$100.00, el paciente debe pagar 20% es decir \$20.00 y Medicare paga \$80.00.

Si el médico acepta rutinariamente no cobrar el pago compartido (Copayment) ó el deducible, puede ser acusado legalmente de fraude bajo el estatuto 42U.S.C. 1320a7b de Medicare y Medicaid. Dicho estatuto indica que es ilegal ofrecer, pagar, solicitar ó recibir cualquier cosa de valor como estímulo para generar negocio que sea cancelado por Medicare ó Medicaid. Cuando el médico rutinariamente condona la deuda del pago compartido (Copayment) por motivos de dificultad económica del paciente, sin existir información específica del paciente que lo justifique, Medicare ó Medicaid pueden argumentar que el médico esta persuadiendo de forma ilegal al paciente para obtener servicios médicos.



POR FAVOR LLENE TODOS LOS ESPACIOS

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre y Apellido : _____

Nº Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal : _____ Teléfono habitación: _____

Teléfono Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Empleador: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

SI EL RESPONSABLE ES LA MISMA PERSONA NO COMPLETE ESTA SECCION

Nombre de la persona responsable: _____

Nº Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Relación al paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal : _____ Teléfono habitación: _____

Teléfono Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Empleador: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

REFERENCIAS MEDICAS

Médico Primario: _____

Médico quien lo refiere: _____

INFORMACION SOBRE EL SEGURO MEDICO

Compañía Primaria: _____

Nombre completo del suscriptor: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Relación al paciente:** _____

Número de la póliza: _____ **Número de Grupo:** _____

Compañía Secundaria: _____

Nombre completo del suscriptor: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Relación al paciente:** _____

Número de la póliza: _____ **Número de Grupo:** _____

Compañía Terciaria: _____

Nombre completo del suscriptor: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Relación al paciente:** _____

Número de la póliza: _____ **Número de Grupo:** _____

Informe sobre contacto de Emergencia

Nombre completo: _____ **Relación:** _____

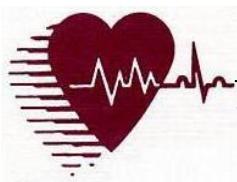
Teléfono primario: _____ **Teléfono Secundario:** _____

Por medio de la presente certifico que toda la información aquí detallada es correcta. Autorizo a dar a conocer la información médica necesaria para el proceso de reclamo a la Compañía de Seguros ó sus agencias (Incluyendo Medicare), con el propósito de presentación y pagos de las facturas médicas. Autorizo el pago de los beneficios médicos al proveedor. YO RECONOZCO QUE UN INTERES O CARGO, A LA TASA ACTUAL DEL PROVEEDOR, PUEDE SER COBRADO sobre todos los saldos pendientes al proveedor que se encuentren vencidos.

Permito utilizar una copia de esta planilla en lugar del original.

Firma

Fecha



CONTACTOS PERSONALES DEL PACIENTE

**UNICAMENTE LAS PERSONAS INCLUIDAS EN ESTE FORMATO PODRAN
RECIBIR INFORMACION DETALLADA DEL PACIENTE**

NOMBRE DEL CONTACTO PRIMARIO	RELACION
TELEFONO DE HABITACION	TELEFONO DEL TRABAJO
TELEFONO CELULAR	OTRO TELEFONO
NOMBRE DEL CONTACTO SECUNDARIO	RELACION
TELEFONO DE HABITACION	TELEFONO DEL TRABAJO
TELEFONO CELULAR	OTRO TELEFONO
NOMBRE DEL CONTACTO TERCIARIO	RELACION
TELEFONO DE HABITACION	TELEFONO DEL TRABAJO
TELEFONO CELULAR	OTRO TELEFONO

OTRA INFORMACION PERTINENTE:

Podemos dejar mensajes en su buzón de mensajes telefónico? Si No

Firma del paciente

Fecha



EXPOSICION DE NUESTRAS NORMAS FINANCIERAS

Con el fin de ayudar a nuestros pacientes a comprender nuestro proceso de cobranza, le pedimos que lea y firme nuestra declaración de política financiera.

Como una cortesía a nuestros pacientes, Cardiology Consultants of North Morris P.A. presentará la factura del servicio médico a la compañía de su Seguro Médico. Dependiendo del tipo de seguro, de la cobertura que usted tenga y el deducible y/o pago compartido (copayment) usted puede recibir una factura por el balance del total.

Aunque Cardiology Consultants of North Morris, P.A. participa con la mayoría de los Seguros Médicos, **es su responsabilidad** verificar con la compañía de su Seguro Médico si el cardiólogo para el cual usted tiene asignada la cita es aceptado por su plan médico.

Para los planes de seguro médico que no permiten enviar la factura, usted debe pagar el día del servicio médico. Cardiology Consultants of North Morris, P.A. acepta como forma de pago dinero efectivo, cheques, y tarjetas de débito ó crédito **Visa, Mastercard y Discover**.

Aunque su cardiólogo participe en su plan de seguro médico, usted es todavía responsable por el pago del deducible ó pago compartido (copayment) y también por cualquier servicio médico no cubierto por su contrato de seguro médico. Una vez recibido el pago ó si el pago por el servicio ha sido negado por su compañía de seguros, usted recibirá una factura de cobranza y sera responsable de pagar el balance de la misma.

El día de su visita médica, usted es responsable de traer la referencia necesaria de su médico primario. En caso de que no la traiga, usted es responsable por el pago del servicio médico y debe firmar un documento donde renuncia al pago por el seguro médico.

Cardiology Consultants of North Morris, P.A. no se involucra en disputas entre usted y la compañía de su seguro médico en lo que esta relacionado a cobros, cobertura de servicios médicos ó problemas relacionados a seguros secundarios.

Gracias por tomar el tiempo necesario para revisar nuestra política financiera. Por favor dejenos saber si tiene alguna pregunta ó preocupación.

Firma del responsable _____

Fecha: _____ Nombre Impreso: _____



**ACUSO DE RECIBO
DEL
AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD**



Por medio de la presente acuso recibo de una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad la cual he leído y comprendido.

Nombre del paciente

Fecha

Representante autorizado (Si aplicable)

Firma



Julio 13, 2012

Estimado paciente:

A fin afrontar a los desafíos de una rápida evolución economía de cuidado de salud, nosotros en Cardiology Consultants of North Morris prever que los médicos y los sistemas hospitalarios tendrán que colaborar más estrechamente en el futuro para proporcionar servicios de atención de salud de calidad a la comunidad que servimos. Por lo tanto, Cardiology Consultants of North Morris con Atlantic Health System en un nuevo alineamiento estratégico como de 08/01/2012. Atlantic Health es uno de los principales sistemas de salud en el norte de New Jersey e incluye Overlook, Newton y Morristown Medical Centers.

Esta alianza fortalecerá nuestra misión declarada para proporcionar la máxima calidad de las evaluaciones médicas y tratamientos para usted y su familia, mediante la coordinación de su cuidado y agilizar la comunicación entre el paciente externo y paciente hospitalizado.

Su cuidado será proporcionado por los MISMOS médicos en los MISMOS ubicaciones de oficina.

Los servicios de pruebas no invasivas continuarán siendo proporcionados en las oficinas principales bajo los auspicios de Atlantic Health.

A medida que nos embarcamos en este nuevo empeño, habrá varios cambios en nuestro registro y el proceso de facturación. Por favor tenga en cuenta que la facturas de todos los servicios de nuestro medicos después de 08/01/2012 vendrá de Practice Associates Medical Group. Debido a nuestra afiliación hospitalaria, la parte técnica de cualquier prueba realizada en nuestra oficina será facturada por separado.

Aseguramos que nuestro personal de oficina continuará coordinando su cuidado. Gracias por su cooperación mientras nos esforzamos por brindarle a usted y a su familia con cuidado y servicio excepcionales.

Amablemente ser aconsejado:

Todas las pruebas se considera procedimientos por pacientes externos e un Atlantic Health Facilidad y como tales, puede tener diferentes requerimientos para deducibles y/o copagos de sus visitas al médico.

Por favor, consulte con su compañía de seguro para verificar la cobertura y políticas seguro de paciente externo.





Cardiology Consultants of North Morris, P.A.

356 Route 46, Mountain Lakes, NJ 07046, Tel: 973-586-3400 Fax: 973-586-1916

HISTORIA MEDICA

Nombre: _____

Edad: _____ años

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Número de Hijos: _____

Ocupación: _____

Cuales son los motivos de su visita médica:

Quien lo refiere a la consulta: _____

Fuma? Si No Número de cigarrillos/día: _____

Edad a la cual comenzó a fumar: _____

Si dejó de fumar, indique la fecha: _____

Toma licor?: Si No Frecuencia: _____

Cantidad: _____

Tiene alergias a medicamentos ó alimentos? Si No

En caso afirmativo indique los nombres y describa la reacción que ha tenido a los mismos:

Practica ejercicio rutinariamente: Si No

Frecuencia: _____

Tipo de ejercicio: _____

Fechas y cirugías que le han practicado:

Hospitalizaciones por enfermedades no relacionadas a cirugía

Medicamentos y dosis que esta recibiendo incluyendo los obtenidos sin prescripción médica

Le han practicado alguno de los siguientes procedimientos?:

	SI	NO	FECHA
Electrocardiograma			
Ecocardiograma			
Prueba de esfuerzo (Stress test)			
Monitor Holter			
Marcapaso ó desfibrilador cardíaco			
Cateterismo cardíaco			
Angioplastia ó Stent coronario			
Stent en alguna arteria			
Cirugía cardíaca			
Estudio electrofisiológico			
Estudio vascular de las arterias			
Estudio vascular de las venas			
Estudio vascular de las carótidas			
Tratamiento dental en los últimos 6 meses			

Indique si padece ó ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades:

	SI	NO
Diabetes		
Hipertensión arterial		
Colesterol alto		
Triglicéridos elevados		
Acido úrico elevado		
Gota		
Infarto del miocardio		
Accidente cerebrovascular (Stroke)		
Fiebre reumática		
Pericarditis		
Soplo cardíaco		
Corazón grande		
Insuficiencia cardíaca		
Arritmia cardíaca		
Fibrilación auricular		
Padecimiento de las válvulas cardíacas		
Prolapso de la válvula mitral		
Infección de una válvula (Endocarditis)		
Enfermedad de las arterias coronarias		
Problema circulatorio de las piernas		
Venas varicosas		
Coágulos en las venas (DVT)		

	SI	NO
Neumonía		
Enfermedad de los riñones		
Sangre en la orina		
Enfermedad del hígado		
Aneurisma de la aorta		
Ulcera del estomago		
Reflujo ácido del estomago (GERD)		
Enfermedad de la glándula tiroides		
Anemia		
Embolismo pulmonar		
Asma		
Enfisema pulmonar (COPD)		
Tuberculosis		

Sufre de alguna enfermedad ó condición física no enumerada anteriormente?

Indique si tiene alguno de los siguientes síntomas?

	SI	NO
Edema (hinchazón de las piernas ó los pies)		
Falta de respiración al caminar		
Falta de respiración al acostarse en la cama		
Se despierta de noche con falta de aire?		
Tos		
Expectoración con sangre		
Fiebre		
Escalofrios		
Falta de apetito		
Pérdida de peso		
Dolor en el pecho		
Dolor en el pecho al caminar ó hacer ejercicio		
Dolor en las piernas ó pantorrillas al caminar		
Palpitaciones		
Coloración azulada de la piel ó de las uñas		
Mareos fuertes		
Pérdida del conocimiento		
Calambres en las piernas		
Ronca al dormir?		
Despierta de noche sobresaltado?		
Se duerme durante el día?		
Se siente cansado y fatigado?		

Indique si algún familiar ha sufrido de enfermedad cardíaca antes de los 60 años de edad

	SI	NO
PADRE		
MADRE		
HERMANOS		
HERMANAS		
OTROS		

Ha muerto algún familiar súbitamente? Si No

Firma



COMUNICADO SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD MEDICA

ESTE COMUNICADO EXPLICA COMO PUEDE SER UTILIZADA SU INFORMACION MEDICA Y OBTENER ACCESO A LA MISMA.

POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE ESTA INFORMACION

El decreto sobre Responsabilidad y Portabilidad de Seguro de Salud del año 1996 (**HIPAA**) es un programa federal el cual requiere que todos los documentos, expedientes u otra información médica utilizada ó publicada por nosotros en cualquier forma, bien sea electrónicamente, en papel ó verbalmente, sea conservada en forma confidencial. Esta ley le confiere a usted como paciente, nuevos derechos importantes para comprender y controlar la forma cómo su información de salud es utilizada. HIPPA provee sanciones para aquellas entidades que no utilicen adecuadamente la información personal de salud.

De acuerdo a lo exigido por HIPAA, hemos preparado este comunicado para explicarle cómo nosotros estamos obligados a mantener la privacidad de su información de salud y cómo podemos utilizarla y darla a conocer.

Nosotros podemos utilizar y revelar su información médica solamente para alguno de los siguientes objetivos: tratamiento, pagos y operaciones relacionadas con el cuidado de la salud.

-Tratamiento: significa proveer, coordinar ó gestionar el cuidado de la salud y servicios relacionados por uno ó mas proveedores de salud. Un ejemplo sería un examen físico.

-Pagos: significa las actividades necesarias para obtener reembolso por los servicios prestados, confirmación de cobertura de su seguro médico, actividades de cobranza ó colección y revisión de la utilización de los servicios médicos. Un ejemplo sería el enviar la factura por una visita médica a su compañía de seguro, para obtener el pago de la misma.

-Operaciones relacionadas con el cuidado de la salud: incluye los aspectos financieros para el manejo de nuestra práctica médica, como por ejemplo realizar una evaluación de la calidad del servicio y mejoría de las actividades, funciones de auditoría, análisis del costo de administración y servicios al paciente. Un ejemplo sería una revisión y evaluación interna de la calidad de servicio.

Nosotros también podemos crear y distribuir información de salud sin identificación acerca de alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de interés para usted.

Cualquier otro uso ó revelación de su informe médico será realizado exclusivamente con una autorización suya por escrito. Usted puede revocar por escrito en cualquier momento dicha autorización y nosotros estamos obligados a acatar su petición escrita, excepto cuando nosotros previamente hubieramos tomado acciones de acuerdo a su autorización.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la protección de su información de salud, los cuales los puede ejercer presentando una petición por escrito al Director de Privacidad de nuestra oficina:

- Derecho a solicitar restricciones de información a miembros de la familia, otros parientes, amigos personales ó cualquier otra persona identificada por usted. Nosotros, sin embargo, no estamos obligados a estar de acuerdo a la restricción solicitada. En el caso de que acordemos una restricción, nosotros debemos acatarla al menos que usted solicite por escrito eliminarla.
- Derecho a solicitar comunicación confidencial sobre la información de salud protegida mediante medios diferentes ó en localidades alternas.
- Derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida .
- Derecho a modificar su información de salud protegida.
- Derecho a recibir una contabilidad de las divulgaciones realizadas de la información de salud protegida.
- Derecho a obtener una copia escrita de este comunicado cuando usted lo solicite.

Nosotros estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida y de proveerle comunicados de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad referentes a la información de salud protegida.

Este comunicado es efectivo a partir de **Abril 14, 2003** y estamos obligados a acatar los términos del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad actualmente en vigor. Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de nuestro Aviso sobre las Prácticas de Privacidad y hacer nuevos avisos de disposiciones referentes a toda la información de salud protegida que mantenemos. Nosotros anunciaremos y usted puede solicitar una copia escrita de los avisos revisados a las Prácticas de Privacidad de esta oficina. Usted dispone de recursos legales si cree que su protección de privacidad ha sido violada. Usted tiene el derecho de presentar una queja por escrito a nuestra oficina, ó al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, acerca de violaciones de las disposiciones de este comunicado ó de las políticas y procedimientos de esta oficina. Nosotros no tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Para mas información acerca HIPAA:

The U.S. Dept of Health and Human Services
Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
202-619-0257



Aptitud Cultural

El estado de New Jersey ordena que todo médico documente en la historia clínica cualquier barrera que exista para el cuidado médico, incluyendo las necesidades culturales y lingüísticas. Los factores que afectan el cuidado médico son visuales ó auditivos, los cuales pueden impedir que el paciente comprenda la discusión médica. Barreras del idioma, culturales y/o religiosos también pueden impactar sobre la capacidad del proveedor médico para el cuidado y tratamiento del paciente. El hacer frente a estas necesidades mejorará la satisfacción del paciente y reducirá las desigualdades en el cuidado de salud. Cuando se registre la aptitud cultural en la historia médica del paciente, es muy importante documentar si no existen barreras de algún tipo.

Tiene usted alguna barrera?: Si No

Tiene usted algun impedimento (Visual, auditivo, de lenguaje, aprendisaje, físico ó alguna barrera de idioma ó cultural)?: Si No

Que idioma habla, lee y escribe?: _____

Tiene usted alguna costumbre religiosa ó cultural que su médico deba conocer?:
Si No

En caso afirmativo por favor describa:

Directiva Anticipada:

La Directiva Anticipada es una ley federal y estatal de autodeterminación aprobada en 1990. Esta ley permite al paciente proveer instrucciones específicas y directrices concernientes a su cuidado médico y sus deseos en el caso de que tenga una incapacidad. La relación médico-paciente provee una oportunidad directa para que usted discuta estos tipos de decisiones. Los médicos necesitan preguntar y documentar en la historia médica a todos los pacientes mayores de 18 años si tiene Directiva Avanzada ó Testamento de Vida.

Tiene usted una Directiva Avanzada ó un Testamento en vida: Si No

Nombre completo del paciente

Fecha de nacimiento

Firma

Fecha