



ATLANTA DIABETES ASSOCIATES
ENDOCRINE SPECIALTY GROUP

Fecha: _____

Sexo: M o F

Nombre del paciente: _____

DIRECCIÓN: _____ **Ciudad** _____

Estado _____ **Código postal** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Seguro social:** _____

Estado civil: S M D W

Situación laboral: _____

Teléfono de casa: _____ **Teléfono de trabajo:** _____

Dirección-correo electrónico:

Origen étnico (marque uno con un círculo) Hispano o latino, No hispano o latino, El paciente se negó Raza

(encierre en un círculo) Indio americano o nativo de Alaska, asiático, negro o afroamericano, Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico, blanco o caucásico, rechazo del paciente

Médico Refirido: _____

Quién es su medico primario: _____

Número de teléfono Del medico: _____ **Número de fax:** _____

Seguro primario: _____ **Fecha de vigencia:** _____

Nombre del titular de la póliza: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Relación con el paciente: _____

Número de Teléfono de Emergencia: _____

CONSENTIMIENTO Y ACUERDO FINANCIERO

Consentimiento médico para Tratamiento: El abajo firmante otorga autorización para tratamiento y procedimientos que su médico considere necesarios. El abajo firmante es consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y el abajo firmante reconoce que no se han dado garantías en cuanto al resultado del tratamiento prestado.

Divulgación de información: El abajo firmante autoriza a Atlanta Diabetes Associates y/o Diabetes Centro de Abastecimiento y Capacitación para entregar a terceros pagadores la precertificación o registros médicos información sobre su examen o tratamiento con el fin de obtener una compensación del seguro.

Acuerdo Financiero: Por y en contraprestación de los bienes y servicios prestados y a ser prestados por o a través de Atlanta Diabetes Associates y/o Diabetes Supply and Training Center, el abajo firmante se compromete a realizar el pago en su totalidad al recibir la facturación final.

Descargo de responsabilidad de la garantía: Atlanta Diabetes Associates y/o Diabetes Supply and Training Center no representación o garantía de ningún tipo, expresa o implícita, con respecto a los bienes vendidos en virtud del presente o proporcionado de otro modo en relación con los servicios prestados, ya sea para comerciabilidad, idoneidad para un propósito particular, o cualquier otro asunto.

EL ABAJO FIRMANTE CERTIFICA QUE LEÍDO LO ANTERIOR, QUE CUALQUIER LAS PREGUNTAS SE HAN EXPLICADO COMPLETAMENTE Y QUE ÉL/ELLA ENTIENDE SU CONTENIDO. EL ABAJO FIRMANTE ACEPTA TODOS LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Del Paciente o Tutor Legal

Fecha

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Por la presente doy mi consentimiento para que Atlanta Diabetes Associates use y divulgue información de salud protegida sobre mí para llevar a cabo el tratamiento, el pago y la salud operaciones de cuidado. El Aviso de Prácticas de Privacidad de Atlanta Diabetes Associates proporciona una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones.

Tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentir. Atlanta Diabetes Associates se reserva el derecho de revisar su Aviso de Prácticas de privacidad en cualquier momento. Un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado puede ser obtenido mediante el envío de una solicitud por escrito a la Oficina de Privacidad de Diabetes de Atlanta en 1800 Howell Mill Rd, Suite 450, Atlanta, GA 30318.

Con este consentimiento, Atlanta Diabetes Associate's puede llamar a mi casa, enviarme un correo electrónico o correo a mi casa u otra ubicación alternativa y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude a la práctica en la realización del tratamiento, operaciones de pago y asistencia sanitaria. Estos elementos incluyen pero no se limitan a recordatorios de citas, artículos de seguros, correspondencia de los médicos, cualquier llamada relacionada con la atención clínica, incluidos los resultados de laboratorio y los pacientes declaraciones.

Tengo la opción de solicitar que Atlanta Diabetes Associates restrinja cómo usa y divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de atención de la salud. Sin embargo, la práctica no está obligada a estar de acuerdo con mi solicitado restringido, pero si lo hace, está obligado por este acuerdo.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que Atlanta Diabetes Associates use y divulgación de mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de atención médica con aquellas organizaciones y proveedores de salud necesarios para mi atención médica.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito excepto en la medida en que la práctica haya divulgaciones ya hechas en base a mi consentimiento previo. Si no firmo esto consentimiento, o revocarlo posteriormente, Atlanta Diabetes Associates puede negarse a proporcionar trato a mí.

Puede haber tarifas por la provisión de cualquier o toda la información solicitada

Atlanta Diabetes Associates Office and Financial Policy

Bienvenido y gracias por elegir Atlanta Diabetes Associates para su atención médica. Somos comprometidos a brindarle atención médica de la más alta calidad posible y en un costo efectivo manera. Nos complace discutir con usted cualquier pregunta que pueda tener con respecto a una factura. El pago vence en su totalidad en el momento en que se prestan los servicios. Como cortesía a nuestros pacientes, aceptamos efectivo, cheque personal, giro postal, Visa, MasterCard, Discover y American Express. Proporcionamos a nuestros pacientes la posibilidad de pagar sus cuentas en línea en www.atlantadiabetes.com o por teléfono al 404-355-4393

HORARIO DE OFICINA: Nuestra clínica está abierta de lunes a jueves, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. y los viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. 3:30PM

MYCHART: Recomendamos encarecidamente que toda la correspondencia se realice a través de su cuenta MYCHART. Tenga en cuenta que sus mensajes de MYCHART solo se verifican durante el horario comercial normal. **NO deje mensajes urgentes en este sistema fuera de horario y los fines de semana**

FUERA DEL HORARIO Y EMERGENCIAS: Para una emergencia grave, llame al 911 de inmediato. si no estás seguro si necesita asistencia de emergencia y llama a nuestra oficina, asegúrese de decirle a la persona que contesta el teléfono que es una emergencia. Después del horario de atención, se comunicará con nuestro servicio de contestador. Ellos van a **llamar al proveedor de guardia**

RECARGA DE MEDICAMENTOS: No espere hasta el último minuto para solicitar medicamentos. es tu responsabilidad para mantenerse al día con sus medicamentos. Puede esperar un tiempo de respuesta de 24 a 48 horas para que las recetas sean enviado a su farmacia. No se atenderá solicitud de medicamentos realizada después del MEDIODÍA del viernes hasta el lunes. El médico de guardia no volverá a surtir medicamentos controlados o de rutina fuera del horario de atención durante el semana o en cualquier momento los fines de semana. **NO resurtiremos los medicamentos recetados por otro médico. Esto incluye analgésicos, antidepresivos, etc. NO resurtiremos medicamentos para pacientes que no tengan no se ha visto recientemente. Esto lo determinará el medico**

CITAS: Llegue a su cita 15 minutos antes. Cuando llegas por tu cita, informe a la recepción de cualquier cambio en la demografía (número de teléfono, dirección, seguros, información, etc.). Si llega más de 15 minutos tarde a su cita, es posible que **considerado como NO PRESENTADO** y es posible que deba reprogramar su cita

CITAS PERDIDAS O CANCELADAS Y OTROS CARGOS: Las citas perdidas están sujetas a un cargo de \$25 Tarifa de NO PRESENTACIÓN. Todas las citas deben cancelarse con al menos 24 horas de anticipación para evitar esta tarifa

SEGURO: Aunque tenemos contrato con varias compañías de seguros, es su responsabilidad Conozca los beneficios de su seguro. Verificaremos que la visita esté cubierta antes de cada visita para ayudar a garantizar su cobertura está activa. Es importante que si tiene algún cambio en la demografía o cobertura notifique nosotros inmediatamente. Cualquier disputa que tenga sobre la cobertura deberá manejarse directamente con su aseguradora. **Ofrecemos un descuento razonable a nuestros pacientes que pagan por cuenta propia y el pago vence en el tiempo de servicio**

PAGOS Y SALDOS PENDIENTES: Nuestra práctica se complace en trabajar con usted para pagar cualquier saldos adeudados. Comuníquese con nuestro departamento de facturación para elaborar cualquier plan de pago. Cualquier pendiente el saldo de más de 60 días se remitirá a una agencia de cobro externa y puede estar sujeto a un 10% tarifa de cobro y puede ser dado de alta de la práctica. Cualquier cheque devuelto tendrá un cargo de \$25 **Comisión Bancaria**.

TARIFA ADMINISTRATIVA: Completar formularios tales como formularios FMLA, formularios de discapacidad, compensación de trabajadores, los comunicados médicos, las cartas para los empleadores, la escuela, los clubes de salud, etc. requieren tiempo fuera de la atención del paciente y las operaciones comerciales diarias. Cobraremos una tarifa de \$10 por formulario hasta \$30 al año o puede pagar un tarifa fija de \$25 por año para cubrir todos los formularios necesarios en cualquier año calendario. Por favor, elija uno a **continuación**

☐ Elijo pagar la Cuota Administrativa Anual de \$25.00 por año.

☐ Entiendo que al no elegir la Cuota Administrativa anual, se me cobrará \$10.00 por formulario para que mi médico lo complete.

☐ Entiendo que al no elegir las dos primeras opciones pagaré mis formularios cuando sea necesario.

* También entiendo que es mi responsabilidad saber si mi proveedor participa en mi plan y que Cualquier/todas las tarifas no cubiertas por mi plan serán mi responsabilidad.

* Reconozco que he recibido y leído una copia de la oficina de Atlanta Diabetes Associates y política financiera.

*Reconozco que he recibido y leído una copia del Consentimiento del paciente para uso y divulgación de Información de Salud Protegida.

Al firmar este formulario, reconozco todo lo anterior

Firma / Padre o Tutor

Fecha