

FOOTHILL PAIN MANAGEMENT

CHRISTOPHER J. CHARBONNET, M.D.

1530 east Chevy Chase Drive Suite 204
Glendale, CA 91206
PHONE: (818) 241-7246

1701 East Cesar Chavez, Suite 307
Los Angeles, CA 90033
FAX: (818) 241-1639

FORMULARIO DE ADMISION DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha _____
Apellido primer nombre Inicial

Fecha de nacimiento: _____ No. De suegur social: _____ Licencia de conducir: _____

Direccion: _____
Calle Ciudad Estado Codigo postal

Telefono (particular): _____ Telefono (del trabajo/otro): _____

Estado civil: Soltero/a: Casado/a: Divorciado/a: Separado/a: Viudo/a:

Empleador: _____ Ocupacion: _____

Medico de cabecera: _____ No. De telefono: _____

Direccion: _____

Medico que lo deriva: _____ No. De telefono: _____

Compania de seguro principal: _____

Person asegurada: _____ No. De identificacion: _____

Compania de seguro secundaria: _____

Persona asegurada: _____ No. De I dentificacion: _____

**** Por favor complete esta informacion **solo** si sufre una lesion/enfermedad relacionada con el trabajo ****

PROVEEDOR DE SEGURO DE COMPENSACION AL TRABAJADOR:

Fecha de la lesion: _____ Empleador/hora de la lesion: _____

Nombre del ajustador de reclamos: _____ Reclamo No: _____

No. de telefono: _____ No. De fax: _____

Direccion: _____

Nombre de su abogado: _____ No. De telefono: _____

Direccion: _____

FOOTHILL PAIN MANAGEMENT

CHRISTOPHER J. CHARBONNET, M.D.

1530 east Chevy Chase Drive Suite 204
Glendale, CA 91206
PHONE: (818) 241-7246

1701 East Cesar Chavez, Suite 307
Los Angeles, CA 90033
FAX: (818) 241-1639

Revelacion de Archivo De paciente

La ley de HIPPA (ley de privacidad) le da al apaciente el derecho de poner una restricción sobre los usos y revelacion de su informacion sobre cualquier tipo de comunicaciones confidenciales que se han llevado a cabo sobre su informacion personal. Tales comunicaciones pueden incluir correspondencia que ha sido enviada a un domicilio equivocado, como su lugar de empleo o a otro lugar que no sea su residencia. Me gustaria que se comuniquen conmigo de la siguiente manera (marque todas las cajillas que apliquen):

Por Telefono

- Telefono de mi residencia _____
- Pueden dejar cualquier mensaje con informacion detallada con con la persona que conteste el telefono o en mi maquina de mensajes.
- Deje un mensaje y su numero de telefono con la persona que conteste el telefono o en mi maquina de mensajes.

Correspondencia/Comunicacion Escrita

- Pueden mandar correspondencia a mi domicilio.
- Pueden mandar correspondencia a mi lugar de empleo.
- Pueden enviar informacion a traves de fax, al numero _____

Numero Telefonico y Domicilio Adicional

- SOLO DEJE MENSAJES EN ESTE NUMERO TELEFONICO O A ESTE DOMICILLO
- NUMERO DE TELEFONO _____
- DOMICILLO _____
- Doy consentimiento para que dejen un mensaje detallado.
- Solo dejen o envíen un numero, para regresar la llamada.

Doy permiso a Foothill Pain Management de revelar mi Informacion Medica Privada a los individuos en este formulario:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Su Firma: _____ Fecha: _____

Yo entiendo que es mi responsabilidad para informar a Foothill Pain Management por escrito cualquier cambio a esta autorizacion.

FOOTHILL PAIN MANAGEMENT

CHRISTOPHER J. CHARBONNET, M.D.

1530 east Chevy Chase Drive Suite 204
Glendale, CA 91206
PHONE: (818) 241-7246

1701 East Cesar Chavez, Suite 307
Los Angeles, CA 90033
FAX: (818) 241-1639

Resumen de la norma de privacidad HIPAA

*El proposito de la norma de privacidad es:

- Proteger y aumentar los derechos del consumidor brindandole:
 - acceso a su informacion de la salud
 - control sobre el uso y la divulgacion de su informacion privada sobre la salud
- Mejorar la calidad de la atencion de la salud restaurando la confianza publica y el deseo de compartir informacion
- Aumentar la eficiencia y eficacia creando normas de privacidad uniformes para todo el pais
- Cubre la informacion electronica, escrita, impresa y oral.
- Exige que los contratos con socios comerciales protejan la informacion privada sobre la salud.
- Enfatiza la utilizacion del acceso "minimo necesario".
- Las normas son aplicables a la "informacion protegida de la salud": toda la informacion sobre la salud personalmente identificable de cualquier tipo.
 - Regla general: La informacion protegida de la salud no puede utilizarse ni divulgarse para fines distintos a los de proveer tratamiento, obtener pago o realizar procedimientos de atencion medica sin la autorizacion especifica del paciente
- Se debe notificar a los pacientes sobre los usos informativos del proveedor. El proveedor debe realizar un esferzo de buena fe por obtener un acuse de recibo por parte del paciente.
- Los pacientes tienen derecho a inspeccionar y obtener una copia de su propia informacion sobre la salud.
- Los pacientes tienen derecho a solicitar que se enmiende su informacion sobre la salud.
- Los pacientes tienen derecho a recibir una lista de las divulgaciones realizadas para fines distintos a los de tratamiento, pago o procedimientos de atencion medica.
- Los pacientes tienen derecho a solicitar que se restrinjan los usos y divulgaciones de la informacion sobre la salud.
- Se les debe proveer a los pacientes un metodo para presentar una queja de privacidad.
- Los proveedores de atencion medica pueden divulgar informacion protegida sobre la salud para fines de tratamiento, pago o procedimientos de atencion medica, o:
 - Cuando la ley lo exige
 - Para actividades de salud publica
 - Cuando existen victimas de maltrato, negligencia o violencia domestica
 - Supervision regularia de la salud
 - Procesos judiciales
 - Actividades especificas de imposicion de la ley
- Los proveedores deben obtener una autorizacion escrita del paciente antes de divulgar informacion privada sobre la salud para fines distintos a los de tratamiento, pago y procedimientos de salud, tales como:
 - Mercadotecnia
 - Investigacion medica
 - Recoleccion de fondos
- En general las autorizaciones son por una necesidad, circunstancia o plazo de tiempo especificos.
- Se exige obtener una autorizacion antes de poder divulgar notas de psicoterapia.
- Los proveedores deben identificar a todos sus socios comerciales que tienen acceso a o utilizan/divulgan la informacion protegida sobre la salud de los pacientes.
 - Se deben establecer contratos con socios comerciales para asegurar que los usos de los socios comerciales cumplan con los requisitos de la HIPAA. Se deben imponer sanciones cuando los socios comerciales no cumplan con estas normas.
- Cuando sea necesario, los proveedores pueden divulgar la ubicacion, el estado de salud o el fallecimiento del paciente a los familiares y amigos del paciente y a otras personas que participan en la atencion del paciente.
- Los proveedores pueden divulgar otra informacion a los familiares y a otras personas involucradas cuando esto sea lo que mas le conviene al paciente.

Nombre: _____ Firma: _____

Fecha: _____

FOOTHILL PAIN MANAGEMENT

CHRISTOPHER J. CHARBONNET, M.D.

1530 east Chevy Chase Drive Suite 204
Glendale, CA 91206
PHONE: (818) 241-7246

1701 East Cesar Chavez, Suite 307
Los Angeles, CA 90033
FAX: (818) 241-1639

POLITICA DE PAGO DEL CONSULTORIO MEDICO

Estamos comprometidos a brindarle la mejor atencion medica posible. Su entendimiento claro de nuestra politica de pago es importante para nuestra relacion profesional. Por lo tanto, lo alentamos a hablar con nosotros si tiene alguna pregunta sobre nuestros honorarios y sus obligaciones financieras.

Es importante que comprenda que su seguro de salud y/o su plan de atencion medica administrada son un contrato entre usted y su proveedor de seguro. Nosotros no somos parte de ese contrato. Le proveemos atencion medica a usted, el paciente, no a la compania de seguro. La compania de seguro tiene una responsabilidad con usted, el paciente y usted tiene una responsabilidad con nosotros, los medicos.

Si su compania de seguro no paga el saldo de la cuenta dentro de los tres meses siguientes a la fecha de atencion o servicio, usted debera pagar dicho saldo por completo. Si no ha cubierto aun su deducible, USTED DEBERA PAGAR LA CANTIDAD DEL PAGO DEDUCIBLE.

Por favor informele que tipo de seguro tiene a nuestro personal. SIEMPRE debe traer su tarjeta de seguro consigo a su visita programada. Si su poliza de suguro esta a nombre de su conyuge, por favor haganoslo saber.

Si usted es participante de una Organizacion de Administracion de la Salud (HMO, por sus siglas en ingles)/Organizacion de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en ingles), es SU responsabilidad traer la autorizacion o el formulario de derivacion. USTED DEBERA PAGAR EL COPAGO.

Si tiene MEDICARE, usted debe pagar el deducible y el copago. Si tiene un plan de cobertura suplementaria para la atencion de personas de la tercera edad, presentaremos el reclamo a su compania de seguro.

Aceptamos dinero en efectivo y cheques personales.

El Dr. Charbonnet forman parte del personal de Glendale Adventist Medical Center.

ESTE DOCUMENTO AUTORIZA A CHRISTOPHER J. CHARBONNET, M.D. A DIVULGAR TODA INFORMACION SOLICITADA A MI COMPANIA DE SEGURO.

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO AUTORIZO EL PAGO DIRECTO DE LOS BEBEFICIOS MEDICOS POR EL SERVICIO PROVISTO A CHRISTOPHER J. CHARBONNET, M.D.

MEDIANTE ESTE DOCUMENTO AUTORIZO QUE LAS COPIAS DE ESTE FORMULARIO SEAN TAN VALIDAS COMO EL ORIGINAL.

Firma de la persona asegurada/autorizada: _____

Fecha: _____

Enmendado el 27 de Julio de 2010