



Formularios para pacientes

Gracias por elegir a Daniel Bell DPM, PA como su proveedor de podología.

Encontrará adjunta la nueva documentación del paciente. Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en comunicarse con el Coordinador de pacientes nuevos.

Para ayudar a agilizar su tratamiento, garantizar su privacidad y presentar correctamente sus reclamos de seguro, le pedimos que lea detenidamente la siguiente información y proporcione la identificación requerida.

1. Proporcione a nuestra oficina su tarjeta de seguro correcto (primario, secundario y terciario) y una identificación con foto, como una licencia de conducir u otra identificación con foto. Se requiere que estos elementos se presenten en el momento del registro.

Proporcione sus registros médicos más recientes, que incluirán inmunizaciones, vacuna contra la gripe, vacuna contra la neumonía, documentación sobre la insuficiencia renal, pruebas de sangre para la diabetes (HBA1C) y documentación física anual, informes de imágenes e imágenes relacionadas con su afección. Si su PCP (médico de atención primaria) lo derivó a nuestra oficina, contáctelos para solicitar que presenten cualquier registro médico y / o informes de imágenes a nuestra oficina. Si es un cliente auto referido, obtenga los registros médicos relacionados con su afección y tráigalos a su cita o pídales por fax (954-432-9446). Es su responsabilidad asegurarse de que estos registros se entreguen a nuestro médico.

2. Es su responsabilidad hacer un seguimiento y asegurarse de que se obtenga una autorización para cualquier visita al consultorio, incluida su consulta inicial, si su seguro requiere dicha autorización. Esto se obtendría de su PCP (médico de atención primaria). Asegúrese de que su PCP tenga su información de seguro correcta cuando solicite una cita en nuestro centro. Si no se obtiene y se requiere una autorización, puede incurrir en tarifas de sus visitas o tiene que reprogramar su cita para otro día o tiempo.

3. Finalmente, puede llegar el momento en que requiera formularios médicos y / o de seguro adicionales para que los complete nuestra oficina. Pueden incluir, entre otros, Formularios de Incapacidad, Formularios de Compensación para Trabajadores, Declaración del Médico que Asiste, formularios de Ausencia de Ausencia, etc. Esto no se aplicará a la mayoría de los pacientes. Sin embargo, para acomodar estas solicitudes, será necesario revisar el cuadro, el tiempo del personal y los recursos de la oficina. Por lo tanto, se aplicará una tarifa razonable por dichos servicios. Los formularios no se completarán hasta que se reciba esta tarifa.

4. Se hará todo lo posible para completar estos formularios dentro de un plazo de 7 a 10 días hábiles desde el momento en que se recibe la tarifa. Tenga en cuenta que si el proveedor está fuera de la oficina puede haber un retraso mayor. Esto solo se aplicaría para completar y completar los formularios antes mencionados y NO para completar la documentación adjunta que recibió como paciente nuevo en nuestras instalaciones.

Llegue a su cita programada 15 minutos antes de la hora de su cita y traiga la documentación completa que recibió de nuestra oficina, tarjetas de seguro e identificación con foto. Tenga en cuenta que se REQUIERE identificación con foto y tarjetas de seguro en el momento de la cita. Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto con esta oficina. Gracias por elegir a Daniel Bell DPM, PA. Para ayudarnos a ayudarlo durante su visita al consultorio, revise y use los siguientes formularios.

NUEVOS PACIENTES

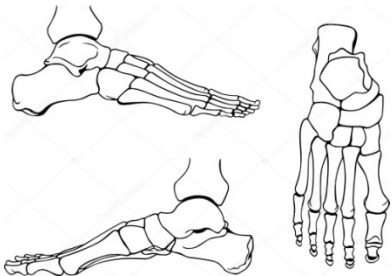
El "Paquete para pacientes nuevos" contiene formularios que deberá completar en su primera visita. Descargue los formularios y proporcione la información solicitada. En el momento de la inscripción también se le pedirá que presente su licencia de conducir y tarjetas de seguro para su verificación.

PAQUETE NUEVO PACIENTE INCLUYE:

Carta de bienvenida; Información demográfica; Historia médica pasada; Enfermedades; Aviso de prácticas de privacidad; Política financiera del paciente; Formulario de consentimiento del paciente; Formulario de Autorización de HIPAA; Dependiendo del seguro, puede haber formularios adicionales como Doctors Lien; Asignación de beneficios de seguro

PATIENT INFORMATION		DATE:	
Patient's last name: <i>(Apellido)</i>		First <i>(Nombre):</i> Middle <i>(Segundo):</i>	
Birth date: <i>(Fecha de Nacimiento.)</i> Age <i>(Edad):</i>		Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female SSN: <i>(Numero de Social Seguridad)</i>	
Phone#: <i>(Numero de Telefono)</i> Cell#: <i>(Numero de Cellular)</i>		Email <i>(Correo electronico):</i>	
Street Address <i>(Direccion):</i>		Apt/Unit# <i>(Apartamento):</i>	
City <i>(Ciudad):</i>		State <i>(Estado):</i>	Zip Code:
Employer <i>(Empleador):</i>		Employer phone <i>(Telefono Trab.):</i>	
Referred by <i>(Referido por)</i>			
Drivers License <i>(Numero de Licencia):</i>			
INSURANCE INFORMATION		IS THIS PERSON COVERED BY INSURANCE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Primary Doctor Name <i>(Doctor primario):</i>			
Phone Number <i>(Numero de Telefono):</i>		Fax no. <i>(Telefono de fax)</i>	
Person responsible for bill <i>(Persona responsable de cuenta):</i>		Phone <i>(Telefono):</i>	
Address if different from above <i>(Direccion diferente de arriba):</i>		Birth Date <i>(Fecha de Nac.):</i>	
Primary Insurance <i>(Seguro del primario):</i>		Secondary Insurance <i>(El nombre de seguro secundario)</i>	
IN CASE OF EMERGENCY			
Name <i>(Contacto de emergencia):</i>		Relationship <i>(Relacion):</i>	
Home Phone <i>(Telefono de casa)</i>		Work Phone <i>(Telefono Trab)</i>	

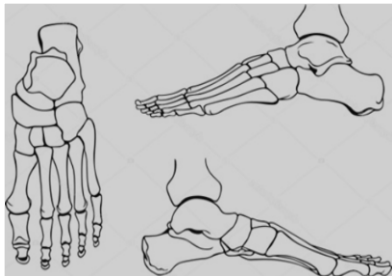
RIGHT FOOT



LENGTH OF PROBLEM:

 DAYS
 WEEKS
 MONTHS
 YEARS

LEFT FOOT



PLEASE CIRCLE PROBLEM AREA

The above information is true to the best of my knowledge. I authorize my insurance benefits to be paid directly to the physician. I understand that I am financially responsible for any balance. I also authorize Daniel Bell DPM, PA or insurance company to release any information required processing my claims.

Patient/ Guardian signature *(El paciente / Firma de guardian)*

Date *(Fecha):*



PAST MEDICAL HISTORY HISTORIA MÉDICA

Patient Name (Nombre del Paciente): _____

Current Medications List: (Actual lista de medicamentos)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Are you currently taking any of the following? (¿Está tomando alguna de las siguientes?)

- Echinacea Garlic Ginger Gingko Biloba St. John's Wort
 Ginseng Kava kava Feverfew Ephedra

Allergies (Alergias):

- Penicillina Sulfamidas Aspirina Codeina Iodo/pescado Cinta Anestesia Latex

MEDICATION ALLERGIES:

Alergias a los medicamentos

FOOD ALLERGIES:

Alergias alimentarias

ENVIRONMENTAL ALLERGIES:

Alergias ambientales

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PREVIOUS INJURIES:

Lesiones anteriores

PREVIOUS SURGERIES:

Cirugías previas

PREVIOUS HOSPITALIZATIONS:

Hospitalizaciones previas

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Patient/Guardian Signature: _____ **Date:** _____
(Firma del paciente) (Fecha)



ILLNESSES
ENFERMEDADES

Patient Name (Nombre del Paciente): _____

<p>Major diseases: ENFERMEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Angina de pecho <input type="checkbox"/> Ataque al corazón <input type="checkbox"/> Arrhythmia <input type="checkbox"/> Murmullo <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <p>Arthritis: ARTRITIS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Osteoarthritis <input type="checkbox"/> Rheumatoid <input type="checkbox"/> Gout <input type="checkbox"/> Sero-negative <p>Respiratory: RESPIRATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Bronchitis <input type="checkbox"/> Frecuentes enfermedad <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Falta de aliento <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Emphysema 	<p>Heent:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Problema del ojo <input type="checkbox"/> Problemas de audición <p>Vascular:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Sickle Cell <input type="checkbox"/> Trastornos de sangrado <input type="checkbox"/> Malas condiciones <input type="checkbox"/> El dolor de la pierna al caminar <input type="checkbox"/> Problemas en las venas <input type="checkbox"/> Arañitas <input type="checkbox"/> Venas varicosas <input type="checkbox"/> Hinchazón Flebitis <input type="checkbox"/> Ulceraciones de la pierna <input type="checkbox"/> Los coágulos de sangre <input type="checkbox"/> Transfusiones <p>Psychological: PSICOLOGICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Psiquiátricos <input type="checkbox"/> Farmaco Dependencia <input type="checkbox"/> Dependencia de alcohol 	<p>Gastrointestinal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ulcers <input type="checkbox"/> Trastornos intestinales <input type="checkbox"/> Problemas de estómago <input type="checkbox"/> GI or Sangrado Rectal <input type="checkbox"/> Hiatal Hernia <input type="checkbox"/> Reflujo Acido (GERD) <p>Miscellaneous: MISCELÁNEO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides <input type="checkbox"/> Enfermedad del Músculo <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones <input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga <p>Other: OTRAS</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--	--	---

SOCIAL HISTORY:

Single (Soltero)
 Separated (Separado)
 Married (Casado)
 Divorced (Divorciado)

Occupation (Ocupación): _____ Alcohol: _____ oz/day/week
 Athletic Activities (Actividades deportivas): _____ Tobacco: _____ pks/d for _yrs

FAMILY HISTORY (Historia de Familia):

Maternal (Madre): _____

Paternal (Padre): _____

Patient/Guardian Signature: _____ **Date:** _____
 (Firma del paciente) (Fecha)



NOTICE OF PRIVACY PRACTICES **PATIENT ACKNOWLEDGEMENT** **(RECONOCIMIENTO DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE)**

Patient Name (Nombre del Paciente): _____

He recibido el aviso de esta práctica de las prácticas de la privacidad escritas en lengua llana. El aviso proporciona detalladamente las aplicaciones y los accesos de mi información protegida de la salud que se pueden hacer por esta práctica, mis derechos individuales y los deberes legales de la práctica con respecto a mi información protegida de la salud. El aviso incluye:

- A declaración que esta práctica es requerida por la ley de mantener la privacidad de información protegida de la salud.
- A declaración que esta práctica es requerida de habitar por los términos del aviso actualmente en efecto.
- Tipos de aplicaciones y de los accesos que esta práctica se permite de hacer para cada uno de los propósitos siguientes: tratamiento, pago y operaciones del cuidado médico del paciente.
- A descripción de cada uno de los otros propósitos para los cuales esta práctica está permitido o requerido para utilizar o para divulgar la información protegida de la salud mía sin mi consentimiento o autorización escrita.
- A descripción de aplicaciones y accesos se prohíben que son materialmente limitado por la ley.
- A descripción de otra aplicaciones y accesos que serán hechos solamente con mi la autorización escrita y que se pueden revocar con tal autorización.
- Mis derechos individuales con respecto a la información protegida de la salud y a una breve descripción en lo referente de cómo puedo ejercitar a estos derechos:
 - El derecho de quejarse a esta práctica y a la secretaria de HHS si creo que mi a privacidad se ha violado, y que ningunas acciones vengativas será utilizada contra mí en caso de tal queja.
 - El derecho de solicitar restricciones en ciertas aplicaciones y accesos de mi información protegida de la salud y que esta práctica no está requerida de convenir una restricción solicitada.
 - El derecho de recibir comunicaciones confidenciales de la información protegida de la salud.
 - El derecho de examinar la copia de información protegida de la salud.
 - El derecho de modificar la información protegida de la salud.
 - El derecho de recibir una contabilidad de accesos de la información protegida de la salud.
 - El derecho de obtener una copia de papel del aviso de las prácticas de la privacidad de esta práctica a petición.

Esta práctica reserva el derecho a cambiar estos términos de la privacidad y hacer nuevas provisiones eficaces para toda la información protegida de la salud que mantiene. Entiendo que puedo obtener el aviso actual de las prácticas de privacidad a petición.

Patient/Guardian Signature: _____ **Date:** _____
(Firma del paciente) (Fecha)



PATIENT FINANCIAL POLICY **(Poliza Financiera del Paciente)**

Patient Name (Nombre del Paciente): _____

Su comprensión de nuestras políticas financieras es un elemento esencial de la atención y el tratamiento. Si usted tiene alguna pregunta, por favor hable con nuestro personal de oficina o supervisor.

- Como nuestro paciente usted es responsable de todas las autorizaciones / referidos necesarios para buscar tratamiento en la oficina de Daniel Bell DPM, PA.
- A menos que otros arreglos se hagan en avanso por usted, o su compañía de seguros pague por este servicio de oficina que se deben en el momento y el día de los servicios Aceptaremos VISA, MASTER CARD o en efectivo. **NO ACCEPTAMOS CHEQUES.**
- Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguro. Como cortesía, vamos a presentar su reclamo de seguro para usted si asigna los beneficios para el médico. En otras palabras, usted acepta que su compañía de seguro pague a Dr. Bell directamente. Si su compañía de seguros no paga la práctica en un plazo razonable, tendremos que hacerlo a usted responsable de el pago.
- Hemos hecho previos arreglos con ciertos seguros y otros planes de salud para aceptar una asignación de beneficios. Vamos a facturar esos planes con los que tenemos en un acuerdo y solo será necesario que usted pague el coseguro, el copado o en deducible en el momento del servicio.
- Si usted tiene cobertura de seguro con un plan que no es parte de la red, nosotros prepararemos y mandaremos una reclamación por su base sin asignar. Esto quiere decir que su seguro le mandará un pago directo a usted. Por lo tanto, todos los cargos de su tratamiento y cuidado tendrán que ser pagados al tiempo de el servicio por usted.
- Todos los planes de salud no son iguales y no cubren los mismos servicios. En el evento que su plan de seguro determinara si los servicios no están cubiertos, o si no tiene autorización, si eso pasa usted será responsable por el pago completo. Nosotros intentaremos de verificar los beneficios por servicios de especialistas o referido, por lo tanto usted será responsable por los cargos de cualquier servicio hecho. Los pacientes son responsable de contactar a su seguro médico para clarificar los beneficios y si el Dr. Daniel Bell está en su red de seguro previo a la visita.
- Usted tiene que informar a la oficina de todo cambio de seguro y requerimiento de autorización o referido. En el evento de que la oficina no sea informada, usted será responsable por cualquier cargo que sea negociado por su seguro médico.
- Por el servicio proveído por el hospital, nosotros mandaremos la factura a su seguro médico. Cualquier balance que haya es su responsabilidad de el paciente.
- Hay algunos procedimientos quirúrgicos por los cual requieren pre pagos. Usted será informado en avance si su procedimiento es uno de esos. En ese evento, pago tendrá que ser una semana antes de el día de la cirugía.
- Cuentas que están tarde en pago serán mandadas a colección. Todos los costos incluyendo pero no limitados a los honorarios de colección honorarios de abogados y corte serán su responsabilidad en adición a su balance el día de su visita.
- El Dr. Daniel Bell D.P.M. carga \$25.00 por falta de cancelación de cita antes de las 24 horas del servicio. El balance será agregado a su próxima visita o si no tiene otra visita con nosotros se le mandará por correo.
- Si usted tiene un equilibrio en su cuenta, le enviaremos las cargas de una demostración de la declaración mensual y cualquier pago o crédito aplicados a su cuenta. A menos que otros arreglos sean aprobados por nosotros en la escritura, el equilibrio en su declaración es debido y pagadero cuando se publica la declaración, y es atrasado si no pagado antes de fin de mes. Cuentas no pagadas a tiempo serán mandada a una agencia de colecciones que le va a cobrar su balance de la oficina, mas un 35% del balance será agregado a su cuenta.
- **SUBJECTO A CAMBIAR SIN NOTIFICACION** Iniciales del paciente. _____

Patient/Guardian Signature: _____ **Date:** _____
(Firma del paciente) (Fecha)



PATIENT CONSENT FORM **(CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DEL PACIENTE)**

Patient Name (Nombre del Paciente): _____

Yo, autorizo a la oficina de Daniel Bell D.P.M. que me deje mensajes de voz en mi telefono de casa, telefono celular o con un familiar a respecto de mi cita con el doctor de oficina o cirugia.

yo, el paciente, autorizo a el Dr. Daniel Bell; D.P.M. utilizará y divulgará mi información para los propósitos de las operaciones del tratamiento, del pago y del cuidado medico. Este consentimiento sera valido hasta que sea revocado solo en forma escrita.

El tratamiento incluye pero no se limita: la administración y el funcionamiento de todos los tratamientos, la administración de cualesquier anestésicos necesarios, el uso de la medicación prescrita; el funcionamiento de tal anuncio de los procedimientos se juzgue necesario o recomendable en el el tratamiento de este paciente, tal como procedimientos de diagnóstico, tomar y utilización de culturas y de otros pruebas de laboratorio médicamente aceptados, que el juicio del médico que atiende o de sus designees asignados, se puede considerar médicamente necesarios o recomendables.

El pago incluye pero no se limita: la autorización del pago directamente a: Daniel Bell, D.P.M. de las venta de cualquier producto o servicio dado al paciente durante su tratamiento. Autorizo por este medio el lanzamiento de mis expedientes médicos a los aseguradores de los terceros o las personas autorizadas a quienes el acceso es necesario establecer o recoger un honorario para los servicios proporcionados, por ejemplo los servicios de la facturación y de la colección, pagadores del seguro, aseguradores de auto de accidente de vehiculo o peaton, o para lesión relacionada al trabajo, a mi patrón o designee entienden que soy financieramente responsable de las cargas no cubiertas. Entiendo que los expedientes del paciente se pueden almacenar electrónicamente y son disponibles por via electronica.

Las operaciones del cuidado del paciente incluyen pero no se limitan a: lanzamiento de mi información médica a cualesquiera de mis médicos y sus oficinas o compañías de seguros que participan en mi cuidado o tratamiento, y la calidad de cuidado medico necesario.

Entiendo completamente que esto está dado antes de cualquier diagnosis o tratamiento específico. Doy mi Consentimiento para continuar tratamiento incluso después que se haya hecho una diagnosis específica y se ha recomendado el tratamiento. El consentimiento seguirá siendo por completo hasta ser revocado en escrito. Este consentimiento incluye específicamente el lanzamiento de la información médica referente condiciones droga-relacionadas, alcoholismo, condiciones psicologicas, condiciones psiquiátricas, y/o enfermedades infecciosas que incluyen a enfermedades y no limitadas a enfermedades llevadas en la sangre.

Una fotocopia de este consentimiento será considerada tan válida como la original.

Si hay una exposición, y la prueba del paciente es positiva, el médico que atiende notificará a paciente, cualquier persona expuesta, y el departamento de la salud de Broward. El asesoramiento del diagnosis será ofrecido.

PACIENTES CON EL SEGURO MEDICARE; AUTORIZO PARA LANZAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE MÍ a la administración de Seguridad Social o sus intermediarios para mis demandas de Seguro de enfermedad. Asigno las ventajas pagaderas para los servicios a Daniel Bell, D.P.M.

Reconozco que me han dado a mi solicitud una copia de las prácticas de la privacidad del paciente de la oficina del Dr. Daniel Bell. Entiendo que si tengo preguntas o quejas que debo entrar en contacto con El funcionario de privacidad de la oficina.

Inicial del paciente: _____

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones antedichas y consiento completamente y voluntariamente a su contenido.

Patient/Guardian Signature: _____ **Date:** _____
(Firma del paciente) (Fecha)



HIPAA AUTHORIZATION **(AUTORIZACIÓN DE LA HIPAA)**

Patient Name (Nombre del Paciente): _____

Por la presente solicito y autorizo _____ a publicar mis registros médicos y estados de facturación detallados, incluyendo información de salud protegida ("PHI") a:

Dr. Daniel Bell D.P.M, P.A
601 N Flamingo Rd #208
Pembroke Pines, FL 33028
(954) 942 - 5005
Fax: (954) 432-9446

Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que dicho proveedor médico ha tomado medidas en dependencia de la Autorización. Mi revocación de esta autorización sólo será efectiva si envío mi revocación al proveedor médico por escrito.

Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento con dicho proveedor médico. Sin embargo, también entiendo que el hecho de no firmar esta Autorización puede impedir que dicho proveedor médico le dé mi PHI a la oficina mencionada.

1. TIENES UN FISICO EN ESTE AÑO SI/NO
a. NOMBRE DE DOCTOR _____
2. TIENES VACCUNA DE FLU EN ESTE AÑO SI/NO
a. NOMBRE DE DOCTOR _____
3. HAS HECHO UN EXAMEN OCULAR EN ESTE AÑO SI/NO
a. NOMBRE DE DOCTOR _____
4. TIENES FALLO DE LOS RIÑONES SI/NO
a. NOMBRE DE DOCTOR _____
5. TIENES DIABETES SI/NO
6. TE HAS HECHO LA PRUEBA DE HB A1C EN ESTE AÑO SI/NO
a. NOMBRE DE DOCTOR _____
7. TIENES VACCUNA DE NEUMONIA EN ESTE AÑO SI/NO
a. NOMBRE DE DOCTOR _____

Patient/Guardian Signature: _____ **Date:** _____
(Firma del paciente) (Fecha)



ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS, RELEASE, AND DEMAND

(ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO , LIBERACIÓN Y LA DEMANDA)

Patient Name (Nombre del Paciente): _____

**INSURER AND PATIENT PLEASE READ the FOLLOWING in its ENTIRETY
CAREFULLY!**

ASEGURADOR Y PACIENTE Lea la siguiente en su totalidad ATENTAMENTE !

Yo, el abajo firmante paciente / asegurado a sabiendas, voluntariamente y asigno intencionalmente los derechos y beneficios de mi seguro de automóvil, a / k / a protección contra lesiones personales (PIP en adelante), y pagos médicos póliza de seguro para el médico anterior. Entiendo que es la intención de la empresa de aceptar esta asignación de beneficios, en lugar de exigir el pago en el momento se prestan los servicios. Entiendo que este documento permitirá que el proveedor presente una demanda contra una compañía de seguros para el pago de los beneficios del seguro o una explicación de beneficios y buscar \$627.428 daños de la aseguradora. Si las facturas del proveedor se aplican a un deducible, estoy de acuerdo en esto servirá como beneficio para mí y yo autorizo y solicito esa ligadura. Esta asignación de beneficios incluye el costo del transporte, medicamentos, suministros y los intereses vencidos y cualquier reclamo potencial de derecho común o mala fe legal / reclamaciones injustas manipulación. Si la aseguradora niega la validez de esta asignación de beneficios a continuación, la aseguradora es instruido para impugnar la validez de este documento. El que suscribe dirige la compañía de seguros para pagar el médico la cantidad máxima directamente sin reducciones y sin incluir el nombre del paciente en el cheque. En la medida en que el seguro PIP afirma existe una declaración falsa en la solicitud de seguro que resulta en la póliza de seguro se declara anulada, rescindida, cancelada, yo, como el asegurado nombrado en virtud de dicha póliza de seguros, por la presente asigna el derecho de recibir la las primas pagadas por mi seguro PIP a este proveedor y para presentar una demanda para la recuperación de las primas. La aseguradora se dirige a emitir un cheque de reembolso tales pagaderos sólo a este proveedor. Si las facturas médicas no exceder la prima reembolsada, entonces el proveedor está dirigida a enviar por correo el paciente / asegurado nombrado un cheque que representa la diferencia entre los gastos médicos y la prima pagada.

Disputas: El asegurador está junto al suscrito para no emitir ningún cheques o giros en liquidación parcial de una reivindicación que contienen o están acompañados por idiomas liberando el asegurador o su asegurado / paciente de responsabilidad civil a menos que haya un acuerdo previo por escrito acordado por el proveedor de salud (específicamente el gerente de la oficina) y la aseguradora en cuanto a la cantidad a pagar por la póliza de seguros. El asegurado y el proveedor presente concurso y objetos de las reducciones o pagos parciales. Cualquier pago parcial o reducido sin importar el idioma que acompaña, emitido por la aseguradora y depositado por el proveedor se hará tan bajo protesta, a riesgo de la aseguradora, y el depósito en su totalidad. La aseguradora se coloca herby sobre aviso de que ese proveedor se reserva el derecho de solicitar el importe total de las facturas presentadas. Cualquier intento por parte de la aseguradora a pagar una deuda de controversias como la plena satisfacción debe enviarse por correo a la dirección anterior, certificado electrónico sólo después de hablar con el gerente de la oficina, y certificado electrónico a la atención de la Gerente de la Oficina. Ver 673.3111.

Euos y IME : Si los horarios aseguradora un examen defensa o examen bajo juramento (en adelante " EUO ") el asegurador es herby instruido para enviar una copia de dicha notificación a ese proveedor . El proveedor o el abogado del proveedor está autorizado expresamente a aparecer en cualquier EUO o IME fijado por el asegurador . El médico no es el agente de la aseguradora o el paciente para cualquier propósito . La asignación se aplica tanto a los gastos médicos pasados y futuros y es válido incluso si actualiza . Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada tan válida como el original. Estoy de acuerdo en pagar los co-pagos deducibles aplicables , por los servicios prestados después de la política de los escapes de seguros y para otros servicios no relacionados con el accidente de automóvil . El médico se le da el poder para respaldar mi nombre en cualquier cheque por los servicios prestados por el proveedor anterior, y para solicitar y obtener una copia de las declaraciones o los exámenes bajo juramento dadas por paciente.

Divulgación de información: Por la presente autorizo a este proveedor para: proporcionar una aseguradora, intermediario de una aseguradora, otros proveedores de servicios médicos de la paciente y el abogado pacientes por correo, fax o correo electrónico, con toda la información que pueda estar contenida en la historia clínica; para obtener información sobre la cobertura de seguro (hoja de declaración y la política de seguros) por escrito y telefónicamente de la aseguradora; solicitud de cualquier aseguradora toda explicación de beneficios (EOB) para todos los proveedores y hojas de composición no redactada PIP; obtener declaraciones escritas y verbales del paciente o cualquier otra persona siempre a la aseguradora; obtener copias de todo el expediente reclamación y todos los registros médicos, incluyendo pero no limitado a, documentos, informes, exploraciones, notas, facturas, opiniones, rayos X, IME, resonancias magnéticas, de cualquier otro proveedor de servicios médicos o cualquier aseguradora. El proveedor está autorizado a producir mis registros médicos a su abogado en relación con cualquier juicios pendientes. El asegurador está dirigida a mantener los registros médicos de los pacientes de este proveedor privado y confidencial y la aseguradora no está autorizado para proporcionar estos expedientes médicos a cualquier persona sin los pacientes y el permiso Escrito previa, expresa del proveedor.

La demanda: la demanda se hace aquí por la aseguradora a pagar todas las facturas dentro de los 30 días sin arena reducción para enviar por correo la última hoja de pago PIP no redactado una declaración de la hoja de cobertura de seguro para el proveedor anterior dentro de los 15 días. La aseguradora se dirige a pagar las cuentas en el orden en que se reciben sin embargo, si un proyecto de ley de este proveedor y un reclamo de cualquier otra persona es recibida por la aseguradora en el mismo día en que la aseguradora está dirigida a no aplicar este proveedor para el deducible. Si un proyecto de ley de este proveedor y el reclamo de cualquier otra persona es recibida por el asegurador en el mismo día, entonces el asegurador se dirige a pagar ese proveedor antes de que se agote la política. En el respiradero se discute o se reduce por el asegurador por cualquier razón, o la cantidad del proveedor, la aseguradora que anule toda la cantidad en disputa o reducido, fideicomiso el monto total que se trata, y no pagar la cantidad en disputa a ninguna persona o entidad, incluido yo mismo, hasta que la disputa se resuelva por un tribunal. Debido no agota la póliza, el asegurador se compromete a comunicar en witting el proveedor de cualquier disputa.

Certificación: Certifico que : He leído y aceptado lo anterior no he solicitado o prometido nada a cambio de recibir la atención médica, no he recibido ninguna promesa o garantía de cualquier persona en cuanto a los resultados que se pueden obtener por cualquier tratamiento o servicios , y estoy de acuerdo el precio de los proveedores de servicios médicos, tratamientos y materiales de construcción son razonables , común y habitual .

Precaución: Por favor, lea antes de firmar. Por favor, pregunte para ver una copia de nuestros cargos. Si usted no entiende completamente este documento por favor pedirnos que se lo explique . Si firma a continuación vamos a suponer que usted entiende y está de acuerdo con lo anterior .

Patient/Guardian Signature: _____ **Date:** _____
(Firma del paciente) (Fecha)



DOCTOR'S LIEN **(EMBARGO PREVENTIVO DEL DOCTOR)**

Nombre de paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado** _____ **Codigo de Zip** _____

Telefono #: _____ **SS:** _____

Autorizo por este medio a doctor Daniel Bell DPM a equiparle a mi abogado con un informe detallado de su examinación, diagnosis, el tratamiento, el pronóstico, etc., en respeto al accidente en el cual estaba implicado.

Autorizo y ordeno por este medio a mi abogado a pagar las sumas tales como puede ser debido y que debe para los servicios médicos rendidos por causa de este accidente y de cualquier otra cuenta que sean debido a la oficina del Dr. Bell y retener tales sumas de cualquier establecimiento, juicio o veredicto como puede ser necesario proteger adecuadamente a Dr. Bell. Y doy por este medio embargo preventivo en mi caso a los partidos dichos en contra de cualquiera y de todos los ingresos de cualquier establecimiento, juicio o veredicto que se puedan pagar me, como resultado de lesiones para con las cuales me han tratado o lesiones en la conexión.

Entiendo completamente que soy directamente y completamente responsable al Dr. Daniel Bell para todas las cuentas médicas presentada por él para los servicios que se me rindió y que este acuerdo está hecho para la Protección del Dr. Daniel Bell y consideración adicionales de su pago que espera. Y entiendo más lejos que tales pagos no son contingentes en ningún establecimiento, juicio o veredicto por los cuales pueda recuperar finalmente los honorarios dichos. Sin embargo, si usted no puede obtener un establecimiento del juicio para cualquier razón, la cuenta excepcional se convertirá en su responsabilidad única

Patient/Guardian Signature: _____ **Date:** _____
(Firma del paciente) (Fecha)

El ser infrascrito abogado del expediente para el paciente antedicho acuerda observar los términos del antedicho y acuerda por este medio retener tales sumas de cualquier establecimiento, juicio o veredicto como puede ser necesario a adecuadamente pagar todas las cuentas excepcionales los costos médicos razonables y necesarios que se presentan como un resultado directo de la demanda para el paciente antedicho que usted representa.

También acuerdo notificar inmediatamente, si dejo de representar al paciente antedicho.

Law Firm: _____

Address: _____

City: _____ **State** _____ **Zip** _____

Phone #: _____ **Fax #:** _____

Attorney Signature: _____ **Date:** _____