

Siloam Springs Women's Center



Chad Hill, MD • S. Kyle Thompson, DO • Mary Williams, APN
603-2 N Progress Ave, Suite 100 • Siloam Springs, Arkansas 72761
Phone: 479-524-9312 • Fax: 479-524-9627

EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y PRUEBAS

El consentimiento para el tratamiento y pruebas: I, el abajo firmante, guardian paciente o legales y padre del paciente, se somete a las prueba y tratamiento servicios de diagnóstico que pueden realizarse, que pueden incluir, pero no se limitan a pruebas para enfermedades infecciosas, procedimientos de laboratorio, exámenes radiológicos, tratamiento médico o procedimientos o servicios prestados con arreglo a las instrucciones generales y específicas de mi médico. Entiendo que mi médico realizará servicios considerados Médicamente necesarios según su juicio profesional. Autorizo durante mi tratamiento que mi médico solicite específicamente o por acuerdos anteriores que otros Physician(s) presta servicios profesionales, estos servicios pueden incluir, pero no se limitan a, los servicios de un patólogo o radiólogo.

El consentimiento para la atención de estudiantes supervisados: consentimiento, o consentimiento en nombre de mi dependientes, para recibir atención de y/o teniendo cuidado observado por los estudiantes bajo supervisión de médicos autorizados y escuelas de enfermería, colegios, o aliado afiliadas de programas de salud con centro para mujeres Springs Siloam. Si _____ No _____

Información proporcionada:

Explicación de las políticas financieras de paciente: Si _____ No _____

Aviso de prácticas de privacidad: Si _____ No _____

Paciente se negó _____ Recibido previamente _____

Compartir información de salud protegida "(PHI) con la familia, amigos y otras personas que puedan participar en mi atención: solicito a las siguientes restricciones a mi PHI

Sin restricciones _____ No comparten mi PHI con alguien _____

(Indique los nombres de las personas con quien nos podemos a discutir información de salud protegida)

Nombre	Relación con el paciente

Otras instrucciones específicas: _____

Autorización, liberación y asignación de beneficio

Sólo los pacientes de Medicare: autorizo centro de la mujer Springs Siloam como un titular de médico u otra información acerca de mí, para liberar a la administración de Seguridad Social de sus intermediarios o portadores cualquier información necesaria para ello o relacionadas con reclamaciones de Medicare. Autorizo a Medicare a proporcionar al centro de Siloam Springs femenino cualquier información sobre mis reclamaciones de Medicare bajo el título 18 de la ley de Seguridad Social. Solicito que el pago de beneficios de Medicare autorizados efectuará directamente al centro de Siloam Springs mujeres en mi nombre. Entiendo que soy responsable de ningún deducible de seguro de salud. coaseguro y gastos no cubiertos.

Autorización para la liberación de información médica y asignación de prestaciones del seguro: Autorizo a asignación de centro de Siloam Springs de mujeres de los beneficios de seguros lo contrario pagar a mí, pero no a exceder el saldo. Autorizo centro de la mujer Springs Siloam como un titular de médico u otra información acerca de mí, para liberar a mi compañía de seguros o sus intermediarios cualquier información necesaria para ello o relacionadas con reclamaciones de seguros. Entiendo que soy responsable financieramente de gastos no cubiertos por esta autorización.

Acuerdo de pago: de acuerdo de centro del Siloam Springs mujeres tratamiento y proporcionar suministros a mí como un paciente, por el presente acuerdo pagar todos los tratamientos, suministros, y servicios prestan me vencen las sumas de dinero en mi cuenta. Entiendo que Centro para mujeres Springs Siloam presentarán seguro primaria y secundaria como una cortesía, pero yo soy responsable de pago completo para todos los saldos.

Agradecimientos: queda entiendo y reconoce que he leído cada una de las declaraciones incluidas en este consentimiento al documento de tratamiento y pruebas y han tenido cada elemento me explicó mi satisfacción. Además, entiendo y reconoce que todas las referencias a mí como el paciente se considerará como si reescrito en su totalidad a un dependiente que soy responsable. Han recibido una copia de lo que antecede y ser paciente, el padre/tutor legal del paciente o debidamente autorizados por el paciente, de acuerdo y acepta sus términos.

Nombre impreso del paciente: _____

Firma: _____ **Fecha** _____ **Tiempo** _____

Paciente o padre/tutor Legal o representante del paciente

Relación con el paciente, si no firmado por paciente: _____

Siloam Springs Women's Center



Chad Hill, MD • S. Kyle Thompson, DO • Mary Williams APN
603-2 N Progress Ave, Suite 100 • Siloam Springs, Arkansas 72761
Phone: 479-524-9312 • Fax: 479-524-9627

Paciente Informacion demografica

La fecha de hoy:			
Informacion del Paciente			
Paciente Nombre:		Nombre por:	
El Numero de la casa:		Fecha de nacimiento:	
La ciudad, el estado, el codigo postal:		Numero de seguro social:	
Telefono residencial:		Otro telefono:	
Informacion de Empleador del Paciente			
Nombre del empleador:		Telefono en el trabajo:	
Direccion del empleador:			
Guardian/Conyuge Informacion			
Nombre del Conyuge o Tutor:		Numero de seguro social:	
Nombre del Empleador:		Fecha de nacimiento:	
Direccion del Empleador:			
Contacto de Emergencia (Excepto el Conyuge o Tutor)			
Nombre de Contacto:		Parentesco:	
Telefono:			
Informacion Refferrel			
¿Quien refirio a Nuestra Clinica?			
Cobertura de Seguro			
	Cobertura Principal	Secundaria Cobertura	
Nombre de aseguradora:			
El Numero de la Calle:			
La ciudad, el estado, el codigo postal:			
Telefono:			
Numero de poliza:			
Numero de grupo:			
Nombre de Directiva Titular:			
Relacion con el Paciente::			
Fecha de Hacimiento del Titular de Politica:			
Numero de Seguridad Social de Política Titular:			

Por favor tenga Su identification con foto y tarjetas de seguros disponibles para copier.

Siloam Springs Women's Center



Chad Hill, MD • S. Kyle Thompson, DO • Mary Williams APN
603-2 N Progress Ave, Suite 100 • Siloam Springs, Arkansas 72761
Phone: 479-524-9312 • Fax: 479-524-9627

Explicación de las políticas financieras de paciente

Los médicos del centro de Siloam Springs la mujer le complace que han elegido nuestra clínica para sus necesidades ginecológicas y OB. Nos esforzamos por brindar atención médica de calidad y desea asegurarse de que usted se ha informado de nuestras políticas financieras de Oficina.

Pago: Pago es debido al tiempo que prestan servicios. Centro del Siloam Springs mujeres acepta las siguientes formas de pago: efectivo, cheques, giros postales, Mastercard, Visa, Discover y tarjetas de débito bancarias.

Seguro: Por favor presente su tarjeta de identificación de seguro en cada visita para asegurar que tenemos la información más actual de archivo. Ningún copago es debido al tiempo de servicio. La cantidad de copago es normalmente en su tarjeta de identificación de seguro. Si el tipo de visita tienes no está cubierto por el seguro o cuenta hacia su deducible, el pago es debido en el día de servicio.

Referencia: Si su plan de seguro requiere una referencia, comuníquese con su médico de atención primaria y la solicitud que un referrel enviar a nuestra oficina. Fracaso para obtener una remisión cuando sea necesario puede producir beneficios reducidos o ningún pago por su seguro.

Los pacientes de cirugía: Nuestro personal de oficina pondremos en contacto con su compañía de seguros para comprobar la cobertura y estimar su responsabilidad financiera antes de cualquier cirugía planeada. Arreglos de pago se hará en función de esta estimación hasta la fecha la cirugía.

OB pacientes: En su visita inicial se reunirá con un miembro del personal de oficina que preparará un plan de pago en función de las prestaciones de maternidad por su seguro. Si no tiene seguro de su plan no cubre las prestaciones de maternidad, se requerirá un depósito.

Si estás en el proceso de solicitud de Arkansas Medicaid para su embarazo, informar a nuestro personal de oficina. Si su cobertura de Medicaid todavía no es aprobado por la vigésima semana de embarazo, se requerirá un depósito y se establecerá un plan de pago en ese momento.

Citas/programación: Si tienes un problema urgente que sientes atención inmediata de las necesidades, por favor llame con anticipación para reducir su tiempo de espera en nuestra oficina. La enfermera devolverá su llamada y cualquier trabajo que en la agenda de dirigirte a donde necesita ir. Se desaconseja walk-ins. Una paciente que camina en y desea verse puede verse después de los pacientes regulares y puede recibir un cargo de servicio adicional que no está cubierto por el seguro.

Hacemos todo lo posible para permanecer en la programación, aunque surgen de situaciones de emergencia. Si nosotros estamos seriamente retrasados, intentaremos notificarle beforhand. Como una cortesía a otros pacientes y personal, pedimos que usted llamar la Oficina tan pronto como sea posible si va a llegar tarde o no puede faltar a su cita. Danos por lo menos un aviso de 24 horas, siempre que sea posible.

Declaraciones: Cuando recibimos el pago de su seguro, le enviaremos una declaración del saldo restante por usted. Si no puede pagar el saldo en su totalidad y ya no han establecido un plan de pago, póngase en contacto con nuestras oficinas para hacer arreglos de pago. No pagos mensuales regulares puede resultar en su cuenta se envía a una agencia de colección que puede afectar negativamente su calificación de crédito. Por favor, permanecer en contacto con nuestra oficina para evitar esta acción.

Lo más importante, queremos proporcionar atención médica de calidad especialidad a usted como nuestro paciente. No dude en llamar a nuestra oficina si tiene preguntas o inquietudes sobre esta o cualquier otra política de la Oficina.