

Lori L. Arnold, M.D.
Reproductive Endocrinology and Fertility
Tax ID# 77-0542016
State License # G81939

477 N El Camino Real, Suite C208
Encinitas, CA 92024
(760)633-2231

COMO ESCUCHO HABLAR DE NOSOTROS? NOS GUSTARIA AGRADECERLES.

<input type="checkbox"/> Doctor que refirio	<input type="checkbox"/> Compania de aseguranza	<input type="checkbox"/> Revista o articulo de compartimiento	<input type="checkbox"/> Paginas Amarillas
<input type="checkbox"/> Amistad o Familiar	<input type="checkbox"/> Internet o sitio de red	<input type="checkbox"/> Television	<input type="checkbox"/> Otro _____
NOMBRE DE LA PERSONA	CORREO ELECTRONICO	NUMERO TELEFONICO () -	PODEMOS CONTACTAR A ESTA PERSONA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

INFORMACION DEL PACIENTE

FECHA DE HOY	ES USTED PACIENTE NUEVO? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	PARA USO MEDICO UNICAMENTE DX:
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO CODIGO POSTAL
NUMERO TELEFONICO DE DOMICILIO () -	NUMERO TELEFONICO DE TRABAJO () -	NUMERO TELEFONICO DE CELULAR () -
CORREO ELECTRONICO (OPCIONAL)	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
EMPLEO	PERTENENCIA ETNICA (OPCIONAL)	
ESTADO DE EMPLEO <input type="checkbox"/> Tiempo- Completo <input type="checkbox"/> Medio-Tiempo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Militar Activo	TIPO DE TRABAJO	
	ESTADO ESTUDIANTIL <input type="checkbox"/> Tiempo-Completo <input type="checkbox"/> Medio-Tiempo <input type="checkbox"/> Ninguno	

INFORMACION DE PAREJA/ ESPOSO

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO CODIGO POSTAL
NUMERO TELEFONICO DE DOMICILIO () -	NUMERO TELEFONICO DE TRABAJO () -	NUMERO TELEFONICO DE CELULAR () -
CORREO ELECTRONICO (OPCIONAL)	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
EMPLEO	PERTENENCIA ETNICA (OPCIONAL)	
ESTADO DE EMPLEO <input type="checkbox"/> Tiempo-Completo <input type="checkbox"/> Medio-Tiempo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Militar Activo	TIPO DE TRABAJO	
	ESTADO ESTUDIANTIL <input type="checkbox"/> Tiempo-Completo <input type="checkbox"/> Medio-Tiempo <input type="checkbox"/> Ninguno	

Según estado y leyes de secreto federales, no podemos divulgar ninguna información sobre usted a ninguna otra persona sin su consentimiento. Esto incluye a otros miembros de familia, a menos que usted sea menor de 18 años o bajo ciertas circunstancias legales. Entiendo que la "información" incluye las actividades implicadas en la determinación de mi elegibilidad para la cobertura del plan de salud, facturación, recepción de pago de mi plan de seguro médico, y las actividades de la gerencia de la utilización que pueden incluir la revisión de los servicios del cuidado médico para la necesidad médica, la justificación de cargas, la pre-certificación y la pre-autorización.

Autorizo a este abastecedor médico a divulgar los detalles de mi cuenta y de mi cuidado a las personas siguientes para asegurarse de que el pago está recibido para los servicios hechos hacia mí.

FAVOR DE MARCAR AQUI SI USTED NO DESEA QUE OTRA PERSONA OBTenga ACCESO A SU INFORMACIÓN FINANCIERA O DEL CUIDADO MÉDICO.

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION CON EL PACIENTE
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION CON EL PACIENTE

DECLARACIÓN DE POLÍTICA

Gracias por elegir nuestra oficina para sus necesidades ginecológicas, reproductivas, y de infertilidad. Estamos confiados que su tratamiento sera acertado. Entienda por favor que el pago de sus servicios sera considerado parte de su tratamiento. Lo que sigue seran las condiciones sobre las cuales se hacen nuestros servicios.

CONSENTIMIENTO DE LAS OPERACIONES DEL TRATAMIENTO, DEL PAGO Y DEL CUIDADO MÉDICO:

Consiento por este medio el uso o el acceso de mi información protegida de la salud por el California Center for Reproductive Medicine y de Lori L. Arnold, M.D. con el fin de diagnosticarme o de proporcionar el tratamiento, obteniendo el pago para mis cuentas de cuidado médico o a las operaciones del cuidado médico de la conducta. Entiendo que mi diagnóstico y tratamiento está condicionada sobre mi consentimiento según lo evidenciado por mi firma en este document.

Entiendo que tengo el derecho de pedir una restricción en cuanto a cómo mi información protegida de la salud se utiliza o se divulga para realizar operaciones del tratamiento, del pago o del cuidado médico de esta práctica médica. El California Center for Reproductive Medicine y Lori L. Arnold, M.D. no requieren convenir las restricciones que puedo pedir. Sin embargo, si esta oficina conviene cualquier restricción que pido, después esta restricción entonces está atando. Tengo el derecho de revocar este consentimiento, en la escritura, en cualquier momento, excepto hasta el punto del California Center for Reproductive Medicine y Lori L. Arnold, M.D. haya tomado medidas en confianza en este consentimiento.

Mi "información" protegida de la salud; significa la información de la salud, incluyendo mi información demográfica, obtenida de mí y creada o recibida por este abastecedor, otro proveedor de asistencia sanitaria, un plan de la salud, mi patrón o una cámara de compensación del cuidado médico. Esta información protegida de la salud se relaciona con mi pasado, presente o salud física futura, salud mental o condición, y me identifica, o si hay una base razonable a creer la información puede identificarme.

Entiendo que tengo el derecho de repasar las practicas del aislamiento del California Center for Reproductive Medicine y a Lori L. Arnold, M.D. antes de firmar este documento. Este aviso de las prácticas del aislamiento se fija en la sala de espera, o una copia está disponible por mi requerimiento escrito. El aviso de las prácticas del aislamiento describe los tipos de aplicaciones y de divulgaciones de mi información protegida de la salud que ocurran en mi tratamiento, pago de mis cuentas o en el funcionamiento de las operaciones del cuidado médico. Este aviso de las prácticas del aislamiento también describen mis derechos y los deberes con respecto a mi información protegida de la salud. Entiendo que esta oficina médica se reserva el derecho de cambiar las prácticas del aislamiento que se describen en el aviso de las prácticas del aislamiento. Puedo obtener un aviso revisado de las prácticas del aislamiento pidiéndolo por escrito, por correo o en mi cita siguiente, y una copia revisada se envíe por correo o me será proporcionada a la hora de mi cita siguiente.

CONFIDENCIAL: Las éticas profesionales y la ley estatal de California especifica que las comunicaciones al personal médico son confidenciales y privilegiadas, y no se puede lanzar o compartir sin el permiso de escritura expreso del paciente, si no se especifica lo contrario arriba. Sin embargo, existen algunos casos que sean asignados por mandato por la ley para divulgar cierta información. Éstos incluyen, pero no se limitan a, abuso del menor de edad, o si usted expresa el intento de traer daño a usted o a otra persona. En tales circunstancias, el abastecedor se requiere informar a víctimas potenciales y a autoridades legales.

PAGO DE HONORARIOS: El pago para los servicios es responsabilidad del paciente (o padre/guardian, si el paciente es un menor de edad.) Acuerdo pagar mi parte de los cargos, tales como co-pago y cantidades deducibles, a la hora de cada visita. El cargo para cada cita depende del tiempo que paso con el médico, y del tipo de visita para el cual me ven. Entiendo que para el California Center for Reproductive medicine y honorarios de Lori L. Arnold M.D., está dentro de las tarifas generalmente y acostumbradas para los servicios médicos en el are de San Diego. Para las cantidades específicas, preguntar por favor al personal de oficina. Observe por favor que esta oficina carga un honorario de servicio de \$25 para todos los cheques vueltos.

ASEGURANZA: Esta oficina presentará sus demandas de seguro a su portador, sin nungun costo a usted. Sin embargo, no estamos en una posición de garantizar que el pago de su compañía de seguros desde la demanda está basado sobre arreglos entre usted y el asegurador. Sea por favor consciente que es común para las compañías de seguros a ciertas ventajas del subcontrato a otra compañía. En estos casos, podemos no mandar la cuenta a su compañía de seguros; podemos ser requeridos mandar la cuenta su grupo médico o a un pagador de terceros. Entiendo que es mi responsabilidad saber si esto es verdad.

AUTORIZACIÓN PREVIA: La autorización previa se puede requerir antes de su primera visita. Por favor sea consciente que es su responsabilidad saber si esto es verdad para sus coberturas de seguro, y conseguir las autorizaciones necesarias.

CITAS: Su tiempo de la cita se ha reservado exclusivamente para usted. Yo convengo que si yo no cancelo mi cita con por lo menos 24 horas de anticipacion yo podre ser cobrado/a la cuenta de honorarios, segun la discreción California Center for Reproductive Medicine y Lori I. Arnold, M.D. Entiendo que las compañías de seguros no cubren citas faltadas.

EXPEDIENTES MÉDICOS: Entiendo que el California Center for Reproductive Medicine y Lori L. Arnold, M.D. conservarán mis informes médicos por siete años según requisitos legales. Las copias de expedientes se pueden transferir a otros proveedores de asistencia sanitaria sobre recibo de un consentimiento escrito válido. Entiendo que esta oficina requiere por lo menos 72 horas de aviso antes de que los informes médicos sean puestos a disposición de el partido autorizado.

MEDICAMENTOS: Entiendo que los repuesios de los medicamentos serán considerados durante horas de oficina solamente. Esto es para que esta oficina puede conformar con los estatutos de la farmacia de California, y evitar la posibilidad de que otras personas actuen o se presenten como pacientes del California Center for Reproductive Medicine y Lori L. Arnold, M.D., o obteniendo medicamento ilegalmente. Entiendo que si necesito tener una receta rellena que entrare en contacto con mi farmacia por lo menos 1-2 días antes de necesitar el medicamento o el medicamento puede no estar disponible para mí el mismo día. Entiendo que los repuesios para medicamentos no serán realizados a menos que me hayan visto en el plazo de los seis meses pasados.

ACUERDOS: He repasado la información precedente y certifico que esta información es exacta. Entiendo que soy responsable de cualquier pérdida financiera debido a la información incompleta o inexacta proporcionada por mí. Autorizo por este medio el pago directamente a este abastecedor médico cualquier ventaja de seguro que fuera de otra manera pagadera a mí para los servicios hechos.

En el caso donde el seguro no paga ningun beneficio, acuerdo pagar esos servicios. Si el pago no se recibe en el plazo de 90 días a partir de la fecha que la demanda fue presentada, yo convengo que me haré responsable de la cantidad completa del equilibrio en mi cuenta.

Si no cumplo con los arreglos financieros según lo detallado arriba, convengo que mi nombre se puede lanzar para los propósitos de la colección. Entiendo que ninguna información relacionada del tratamiento acompañará este acceso. También convengo eso si alguna demanda legal se toma para hacer cumplir las provisiones de esta declaración de política que el partido que prevalece será dado derecho a abogado razonable; honorarios y costos.

He leído esta declaración de política y convengo los términos según lo indicado:

_____ Sus iniciales aqui, si gusta una copia de esta declaracion
NOMBRE DEL PACIENTE (MOLDE)

_____ FECHA
RESPONSABLE (Firma)