



ARIZONA VASCULAR SPECIALISTS, L.L.C.

Vascular and Endovascular Surgery

Dr. Matthew Namanny, D.O., FACOS, RPVI, FSVS

Dr. Layla Corral Lucas, M.D., FACS, RPVI, FSVS

POLÍTICA DE COPAGO DE ARIZONA VASCULAR SPECIALISTS

Gracias por elegir a Arizona Vascular Specialists para sus necesidades quirúrgicas; los médicos y el personal están comprometidos a proporcionarle con la más alta calidad de atención médica. Con el fin de servirle el día de hoy, su póliza de seguro requiere que nuestra oficina cobre su copago asignado en el momento de su cita.

Si usted no tiene su copago o no puede pagar su copago en el momento de la cita, por favor trabaje con nuestro personal para reprogramar su cita en un momento conveniente para usted. Para los pacientes con una póliza de alto deducible, este monto se cobrará en el momento que su cirugía se programe.

En consideración de su tiempo y el de su médico, nuestra oficina solicita un aviso previo de 24 horas de anticipación para cancelar o reprogramar su cita programada. Si usted tiene un sonograma o procedimiento se requieren por lo menos 48 horas de anticipación para cancelar o reprogramar su cita.

Cualquier cancelación o cita reprogramada que no proporciona un aviso previo de anticipación se cobrará una cuota de \$25.00 para cita en oficina, \$50.00 para sonograma y \$150.00 para procedimiento en oficina. Agradecemos su atención y estamos disponibles para contestar cualquier pregunta.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

ARIZONA VASCULAR SPECIALISTS COPAY POLICY (SPANISH)



ARIZONA VASCULAR SPECIALISTS, L.L.C.

Vascular and Endovascular Surgery

Dr. Matthew Namanny, D.O., FACOS, RPVI, FSVS

Dr. Layla Corral Lucas, M.D., FACS, RPVI, FSVS

POLÍTICA FINANCIERA DE ARIZONA VASCULAR SPECIALISTS

Gracias por elegir a Arizona Vascular Specialists, L.L.C. para sus necesidades quirúrgicas. Los médicos y el personal están comprometidos a proporcionarle con la más alta calidad de atención médica. La siguiente política financiera está en vigencia para ayudarlo con cualquier pregunta que usted pueda tener sobre su obligación financiera con este consultorio. Le pedimos que por favor la revise y confirme con su firma abajo. Toda facturación se completa como cortesía para nuestros pacientes de parte de su proveedor de seguro médico. Los pacientes son responsables de todas las cuentas financieras de todos los servicios médicos.

SEGURO

Aunque somos participantes de muchas compañías de seguros, en última instancia es su responsabilidad confirmar que Arizona Vascular Specialists, L.L.C., o su doctor, es de hecho un proveedor de su seguro en particular. Nosotros presentaremos una reclamación por el pago de sus servicios a su seguro como una cortesía, pero usted es responsable de todos los copagos o deducibles no cubiertos por su seguro. Éstos se cobran en el momento del servicio. Si se le cobra algún saldo, es requisito hacer el pago dentro de los 30 días de recibir una factura. Los reclamos a seguros secundarios se presentan como una cortesía, y pasan a ser responsabilidad del paciente si el pago no se recibe dentro de los 60 días de presentar un reclamo. Es su responsabilidad estar al tanto de sus beneficios con su seguro. Si su información de seguro, copago, o cobertura ha cambiado en cualquier momento durante su tratamiento, es su responsabilidad notificar a la oficina con la información más actualizada.

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Los copagos y deducibles se necesitan pagar antes de ser atendido. Si usted necesita que se le envíe una factura por su copago, se le añadirá una cuota de procesamiento de \$10.00 a su saldo. Es su responsabilidad proporcionarnos con cualquier referencia requerida por parte de su seguro. Cualquier servicio considerado "no cubierto" por su seguro será su responsabilidad. Si usted no tiene seguro, o no tenemos un convenio con su aseguradora, usted tendrá que pagar por los servicios antes de recibirlos. Las cuentas de "Pago de Directo de su Bolsillo" son elegibles para un descuento, el cual se debe pagar antes de cualquier servicio; **NO** se hacen arreglos de pago cuando se ha aplicado algún descuento. Si surge una circunstancia donde los arreglos de pago son aprobados, el descuento se aplicará después de que todos los pagos se hayan realizado. Si usted no puede cumplir con su acuerdo de pago, su saldo completo junto con cuotas adicionales se asignará a una agencia de cobranza. Si su cuenta se envía a una agencia de cobranza, usted será responsable de todos los costos. Si usted necesita reprogramar o cancelar su cita/procedimiento en la oficina por favor contactarnos 24 horas antes de su cita para evitar la cuota de \$25.00 o 48 horas antes de su sonograma o procedimiento para evitar la cuota de \$150.00. Todas las citas que se reprograman por tercera vez requerirán un cargo por pago adelantado de \$25.00 el cual, no está asociado con su copago requerido.

MÉTODOS DE PAGO

Para su comodidad, las formas aceptables de pago son; dinero en efectivo, cheque, giro (money order en inglés), VISA, MasterCard, American Express, o tarjetas de Débito. Por favor tome nota: si un cheque personal es devuelto por fondos insuficientes, se agregará una cuota de \$25.00 a su cuenta.

PREGUNTAS DE FACTURACIÓN

Si usted tiene alguna pregunta sobre alguna factura que recibió de nuestra oficina, por favor no dude en contactar a nuestra Oficina de Negocios/Business Office al (520) 777-4090. Nuestras horas hábiles son de Lunes a Viernes de 8:00am a 4:30pm.

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

He leído, y entiendo, y estoy de acuerdo con la política financiera mencionada arriba. Independientemente del estado de mí de seguro, yo soy responsable por el pago de cualquiera de los servicios profesionales prestados. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar una reclamación de beneficios bajo mi póliza y asigno el pago a Arizona Vascular Specialists, L.L.C.

Firma _____ Fecha _____

ARIZONA VASCULAR SPECIALISTS FINANCIAL POLICY (SPANISH)

6442 E. Speedway Blvd – Suite 102 – Tucson, AZ 85710 (520) 777-4090 FAX: (520) 641-0414



ARIZONA VASCULAR SPECIALISTS, L.L.C.

Vascular and Endovascular Surgery
Dr. Matthew Namanny, D.O., FACOS, RPVI, FSVS
Dr. Layla Corral Lucas, M.D., FACS, RPVI, FSVS

Identificación del Paciente

Nombre Impreso: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Información Que Se Divulgará – Cubriendo los Periodos de Atención Médica

Desde (fecha) _____ Hasta (fecha) _____

Por favor marque el tipo de información que se divulgará:

- El expediente médico completo
- Expedientes de hospital completos
- Notas de Progreso
- Informes de consultas
- Historial y examen físico
- Resumen del alta
- Películas/imágenes de rayos-X
- Expedientes operatorios
- Factura detallada
- Reporte de la sala de urgencias

Otro (especifique): _____

Autorizo a las personas mencionadas abajo para recibir mi información médica:

Nombre: _____

Dirección: _____

Divulgación de Registros del Abuso de Drogas y/o de Alcohol, y Psiquiátricos, y/o VIH/SIDA

Yo entiendo que si mi expediente médico o reporte de facturación contiene información referente al abuso de drogas y/o de alcohol, atención psiquiátrica, enfermedades de transmisión sexual, pruebas de Hepatitis B y C, y/u otra información sensible, yo estoy de acuerdo con su divulgación.

Marque una casilla y ponga sus iniciales

<input type="checkbox"/> Si	Iniciales
<input type="checkbox"/> No	

Yo entiendo que si mi expediente médico o facturación contiene información referente a las pruebas y/o el tratamiento de VIH/SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) las pruebas y/o el tratamiento, yo estoy de acuerdo con su divulgación.

Marque una casilla y ponga sus iniciales

<input type="checkbox"/> Si	Iniciales
<input type="checkbox"/> No	

Tiempo Límite y el Derecho de Revocar la Autorización

Salvo en la medida en que la acción ya ha sido tomada en relación con esta autorización, en cualquier momento, puedo revocar esta autorización mediante la presentación de una notificación por escrito al Oficial de Privacidad en Arizona Vascular Specialists L.L.C. 6442 E Speedway Blvd – Suite, 102 – Tucson, AZ 85710. Esta autorización es válida por un período de seis meses desde la fecha de su firma.

Re-divulgación

Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no estará protegida por la ley de 1996 del Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad. Las instalaciones, sus empleados, funcionarios y médicos mediante la presente quedarán exentos de cualquier responsabilidad legal o por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada.

Firma del Paciente o del Representante Personal quien Puede Solicitar la Divulgación

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización. No obstante, la autorización para divulgar mis expedientes médicos será negada si no firmo esta forma como se especifica.

Yo autorizo a Arizona Vascular Specialists L.L.C. para divulgar la información médica protegida especificada arriba.

Firma: _____ Fecha: _____

Autoridad que firma si no es el paciente: _____ Verificado Por: _____

Identidad del Solicitante Verificada mediante: Identificación con Foto Comparación de la Firma Otro (especifique): _____

RECORDS RELEASE AUTHORIZATION FOR PHI (SPANISH)

Política y Consentimiento del Manejo de Dolor de Arizona Vascular Specialists

1. Su médico de Arizona vascular Specialists no le recetará ningún narcótico, píldoras para el dolor, etcétera excepto medicamentos sin receta antes de su operación programada.
2. Después de su operación, los pacientes hospitalizados recibirán medicamentos para el dolor según lo determinado por su evaluación diaria de hospitalización.
3. Como paciente de Arizona Vascular Specialists, un resurtido de medicamentos para el dolor puede ser recetado al ser dado de alta del hospital.
4. A la discreción del médico, un resurtido de medicamento para el dolor puede ser recetado en su cita postoperatoria.
5. Considerando el cuidado de seguimiento continuo, a menos que exista una complicación quirúrgica, no se recetarán más medicamentos para el dolor.
6. A su discreción, el médico en turno puede recetar una pequeña cantidad de medicamento para el dolor determinado como adecuado hasta que regrese su cirujano.
7. No se recetarán medicamentos para el dolor después de las 3:00pm los viernes, por favor contacte la oficina después de las 8:00am en lunes para cualquier solicitud de medicamento para el dolor.

Entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Sinceramente proporcionare a mi médico con un historial de tratamiento y medicamentos completo y preciso, incluyendo registros médicos, tratamientos del dolor anteriores, historial psiquiátrico, e historial de alcohol y otras adicciones a las drogas.
- Tomaré mis medicamentos según las indicaciones de mi médico y no guardaré, venderé o compartiré mis medicamentos.
- Dado que el alcohol y otras drogas recreacionales no deben mezclarse con los narcóticos, no los tomaré mientras reciba tratamiento.
- Informaré a mi médico antes de tomar productos naturistas o medicamentos sin receta.
- **No** voy a obtener narcóticos de ningún otro médico, incluyendo socios de mi médico quien pudieran estar tomando sus llamadas.
- Voy a obtener narcóticos de una farmacia y notificaré a mi médico de cualquier cambio en la farmacia.
- Entiendo que si mi medicamento narcótico se llega a perder, se destruye, es robado, etc., mi médico **no** lo resurtirá hasta que se llegue el tiempo del siguiente resurtido regular.
- Entiendo que mi médico puede compartir información sobre mi atención médica y tratamiento con otros proveedores según sea necesario para mi cuidado continuo.
- Entiendo que no se ha hecho una garantía o promesa en cuanto a los resultados del tratamiento.
- **Pacientes Femeninas:** Confirmando que no estoy embarazada y que inmediatamente notificaré a mi médico si planeo embarazarme o salgo embarazada.

He leído y entiendo completamente este formulario. Entiendo que no debo firmar si todos los puntos, incluyendo todas mis preguntas, no han sido explicadas o respondidas satisfactoriamente o si no entiendo cualquiera de los términos o palabras contenidas en este formulario. No tengo más preguntas.

No firme a menos que haya leído y entienda a fondo este formulario.

Al rehusar firmar este consentimiento, entiendo que no se emitirán más recetas.

Al firmar este formulario, confirmo que he leído, entiendo, doy mi consentimiento y estoy de acuerdo con lo mencionado arriba.

PACIENTE | REPRESENTANTE LEGAL

FECHA

FIRMA DEL TESTIGO

FECHA