

**Anders & Dunaway Nutrition Consultants, Inc.**

**INFORMATION DEL PACIENTE**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial media: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Genero: Masculino Femenino

Esta empleado: Si No Su Ocupacion: \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo ( ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Estado Marital: Soltero Casado Divorciado Viudo

Esposo/Guardián Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial Media: \_\_\_\_\_

Esposo/Guardián Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt. #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Esposo/Guardián número de seguro social: \_\_\_\_\_

Esposo/Guardián Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo ( ) \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Anders & Dunaway Nutrition Consultants, Inc

2121 E. Flamingo Rd. # 110, Las Vegas, NV 89119

702-382-8841

Nombre: \_\_\_\_\_

## Responsabilidad Financiera del Cliente

Nosotros les pedimos a todos los pacientes que lean y firmen nuestra Póliza de Cobro y que completen nuestra Forma de Información de el Paciente antes de la sesión de Educación de Nutrición.

Pacientes que pagan en efectivo -- El pago por los servicios se debe hacer en el momento en que el servicio sea prestado. No hay excepciones. Nosotros aceptamos efectivo, cheques, Master Card y Visa.

Cheques Devueltos —Serán sujetos a un pago de \$ 25 para procesamiento.

Pacientes con Seguro Medico -- Debe tener sus tarjetas de seguro y/o sus formas de seguro. Todos los co-pagos y deducibles se deben pagar en el momento cuando los servicios sean prestados. No hay excepciones. Tenga en cuenta que si su compañía de seguros niega la prestación de servicios el pago de ellos se vuelve responsabilidad del paciente.

Cuentas delincuentes serán manejadas por un abogado o una agencia de colecciones sin avisarle. Las cuentas se consideran delincuentes si no se han pagado después de 60 días. En el evento que su cuenta sea entregada a colecciones, usted será responsable por todos los costos razonables de colección y corte hasta el 50% de el balance debido en el momento en que la cuenta se considera delincente.

Firma de el Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Cancelación o reprogramar Política

Los pacientes están obligados a proporcionar al menos la notificación de 24 horas si es una cita necesita ser reprogramado o cancelado. Un "no - llamada, si no se presenta " La designación podría ser sujeto a una tarifa de cancelación de \$ 25.00.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Confirmación de Recibo de la Póliza de Privacidad

He recibido la póliza de privacidad HIPPA de Anders & Dunaway Nutrition Consultants Inc.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Anders & Dunaway Nutrition Consultants, Inc.

## Información del Seguro Medico

DEBE TENER LO SIGUIENTE: (IMAGEN DE IDENTIFICACIÓN, TARJETAS DE SEGUROS, OTRA IDENTIFICACIÓN)

Por favor complete el siguiente basado en la compañía de seguros que se encarga de su reclamo.

Seguro Primario: _____	Dirección: _____	
Ciudad: _____	Estado: _____	Código Postal: _____
Nombre del Asegurado: _____	Fecha De Nacimiento Del Asegurado: _____	
ID#: _____	SS#: _____	# De Grupo: _____
Fecha Efectivo: _____		

Seguro Secundario: _____	Dirección: _____	
Ciudad: _____	Estado: _____	Código Postal: _____
Nombre del Asegurado: _____	Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____	
ID#: _____	SS#: _____	# De Grupo: _____
Fecha Efectivo: _____		

### Asignación y Liberación:

Por la presente autorizo el pago hacerse directamente a Anders y Dunaway nutrición Consultants Inc. por servicios profesionales prestados y yo seremos responsables personalmente por cualquier saldo insoluto a Anders y Dunaway nutrición Consultants Inc. Entiendo que la presentación de reclamaciones de seguros es una cortesía y que soy responsable de todos los cargos de los servicios fecha estamos prestados. Entiendo que todos los copagos y deducibles son pagaderas en el momento de los servicios. Por la presente autorizo al médico para liberar toda la información incluyendo archivos médicos necesarios para garantizar el pago de prestaciones. Autorizo el uso de la firma de todos los envíos seguros.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Autorización de Medicare:

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare sea hecho a mí o en mi nombre a Anders & Dunaway Nutrition Consultants Inc. por cualquier servicio proporcionado por Anders & Dunaway Nutrition Consultants Inc. Yo autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a liberar A la Administración de Finanzas de Cuidado de la Salud ya sus agentes toda la información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo que en el punto 9 del Formulario HCFA 1500 o en otro lugar en los otros formularios de reclamo aprobados o reclamaciones presentadas electrónicamente, mi firma autoriza la divulgación de la información al asegurador o agencia que se muestra en los casos asignados por Medicare, Anders & Dunaway Nutrition Consultants Inc. o proveedor Acepta aceptar la determinación de cargo del proveedor de Medicare como cargo completo y el paciente es responsable únicamente del deducible, del coseguro y de los servicios no cubiertos. Los coseguro y los deducibles se basan en la determinación del cargo del proveedor de Medicare.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Formulario de Liberación de Información Médica  
(Formulario de Liberación de HIPPA)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Liberación de Información**

Autorizo la divulgación de información incluyendo el diagnóstico, registros; examen que se me ha prestado y la información de reclamaciones. Esta información puede ser divulgada a:

Esposa(o) \_\_\_\_\_

Hijo(s) \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

La información no se debe divulgar a nadie.

Esta ***Liberación de Información*** permanecerá en efecto hasta que termine por mí por escrito.

**Mensajes**

Porfavor Llame:  Mi Casa  Mi Trabajo  Mi Celular: \_\_\_\_\_

Si no puede ponerse en contacto conmigo:

Usted puede dejarme un mensaje detallado

Por favor déjeme un mensaje pidiéndome que devuelva su llamada

\_\_\_\_\_

Mejor tiempo de contactarme es (mañana/tarde) \_\_\_\_\_ entre (horario) \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A. Notificante: Anders and Dunaway Nutrition Consultants, Inc.

B. Nombre del paciente:

C. Número de identificación:

**Notificación previa de NO-cobertura al beneficiario (ABN)**

**NOTA:** Si Medicare no paga D. \_\_\_\_\_ a continuación, usted deberá pagar.

Medicare no paga todo, incluso ciertos servicios que, según usted o su médico, están justificados.

Prevedemos que Medicare no pagará D. \_\_\_\_\_ a continuación.

D.	E. Razón por la que no está cubierto por Medicare:	F. Costo estimado
Terapia Nutricional Médica: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal Crónica	No es un servicio cubierto.	Consulta Inicial \$75.00  Consulta de seguimiento \$45.00

**Lo que usted necesita hacer ahora:**

- Lea la presente notificación, de manera que pueda tomar una decisión fundamentada sobre la atención que recibe.
- Háganos toda pregunta que pueda tener después de que termine de leer.
- Escoja una opción a continuación sobre si desea recibir D. \_\_\_\_\_ mencionado anteriormente.

**Nota:** Si escoge la opción 1 ó 2, podemos ayudarlo a usar cualquier otro seguro que tal vez tenga, pero Medicare no puede exigirnos que lo hagamos.

**G. OPCIONES: Sírvase marcar un recuadro solamente. No podemos escoger un recuadro por usted.**

**OPCIÓN 1.** Quiero D. \_\_\_\_\_ mencionado anteriormente. Puede cobrarme ahora, pero también deseo que se cobre a Medicare a fin de que se expida una decisión oficial sobre el pago, la cual se me enviará en el Resumen de Medicare (MSN). Entiendo que si Medicare no paga, soy responsable por el pago, pero **puedo apelar a Medicare** según las instrucciones en el MSN. Si Medicare paga, se me reembolsarán los pagos que he realizado, menos los copagos o deducibles.

**OPCIÓN 2.** Quiero D. \_\_\_\_\_ mencionado anteriormente, pero que no se cobre a Medicare. Puede solicitar que se le pague ahora dado que soy responsable por el pago.

**No tengo derecho a apelar si no se le cobra a Medicare.**

**OPCIÓN 3.** No quiero D. \_\_\_\_\_ mencionado anteriormente. Entiendo que con esta opción no soy responsable por el pago y **no puedo apelar para determinar si pagaría Medicare.**

**H. Información adicional:**

**En esta notificación se da a conocer nuestra opinión, no la de Medicare.** Si tiene otras preguntas sobre la presente notificación o el cobro a Medicare, llame al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048).

Al firmar abajo usted indica que ha recibido y comprende la presente notificación. También se le entrega una copia.

I. Firma:

J. Fecha:

**CMS no discrimina en sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en un formato alternativo, por favor llame al: 1-800-MEDICARE o escriba al correo electrónico: [AltFormatRequest@cms.hhs.gov](mailto:AltFormatRequest@cms.hhs.gov).**

De conformidad con la Ley de reducción de los trámites burocráticos de 1995, nadie estará obligado a responder en todo pedido para recabar información a menos que se identifique con un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recolección de información es 0938-0566. El tiempo necesario para completar esta solicitud de información se calcula, en promedio, 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en fuentes de datos existentes, recabar los datos necesarios y llenar y revisar los datos recogidos. Si tiene comentarios sobre la precisión del cálculo del tiempo o sugerencias para mejorar el presente formulario, sírvase escribir a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

# Información sobre su salud: Derecho a la confidencialidad



## La confidencialidad nos importa a todos

Según la ley federal que protege la información sobre su salud, usted tiene derecho a la confidencialidad. Es importante que conozca estos derechos. Puede ejercerlos, informarse y presentar una queja si considera que no se están respetando o que no se protege la información sobre su salud.

### ¿A quién va dirigida esta ley?

- A la mayoría de los médicos, enfermeros, farmacias, hospitales, clínicas, hogares de ancianos y muchos otros proveedores de atención médica
- A las aseguradoras de salud, las organizaciones de conservación de la salud y la mayoría de los planes de salud grupales de los empleadores
- A algunos programas gubernamentales que pagan la atención médica, como Medicare y Medicaid

## Los proveedores y aseguradores de salud a quienes se dirige esta ley deben respetar su derecho a...

### Leer su historia clínica y obtener una copia

Puede solicitar autorización para ver su historia clínica y otra información sobre su salud y obtener una copia. Es posible que en algunos casos particulares no pueda acceder a todos los datos. Por ejemplo, si su médico considera que algo que figura en su expediente puede resultar peligroso para usted o para otra persona, es posible que no le entregue esa información.

- En la mayoría de los casos, se le deben entregar las copias antes de que transcurran 30 días, pero el plazo se puede extender por otros 30 días si hay una razón que lo justifique.
- Es posible que deba pagar los gastos de las copias y el envío si lo solicita.

### Que se corrija la información sobre su salud

Puede solicitar que se modifique la información errónea de su expediente o que se agregue información si está incompleto. Por ejemplo, si el hospital y usted coinciden en que el resultado de un análisis que figura en su expediente es incorrecto, el hospital debe modificarlo. Incluso si el hospital considera que el resultado es correcto, usted tiene derecho a que se incluya su disconformidad en el expediente.

- En la mayoría de los casos, el expediente debe modificarse antes de que transcurran 60 días, pero el plazo puede extenderse por otros 30 días si hay una razón que lo justifique.

### Que se le notifique sobre cómo se usa y comparte la información sobre su salud

Usted tiene derecho a saber cómo su proveedor o asegurador de salud usa y comparte la información sobre su salud. Se le debe entregar una notificación en la que se indique de qué forma se empleará y compartirá la información sobre su salud y la manera en la que puede ejercer sus derechos. En la mayoría de los casos, deberá recibir la notificación en la primera consulta a un proveedor, o su asegurador de salud se la enviará por correo. Usted puede solicitar una copia en cualquier momento.

### Decidir si autoriza que su información se utilice o comparta con ciertos fines

Por lo general, no se le puede brindar información sobre su salud a su empleador, usarla o compartirla con fines tales como llamadas de ventas o publicidad, ni para muchos otros propósitos, a menos que usted firme un formulario de autorización. Este formulario de autorización debe indicar quién recibirá su información y para qué la utilizará.





# Información sobre su salud: Derecho a la confidencialidad

## La confidencialidad nos importa a todos

### Otros derechos relacionados con la confidencialidad

Es posible que, de acuerdo con las leyes de su estado, le correspondan otros derechos en cuanto a la información sobre su salud. Se le debe notificar claramente si esas leyes afectan a la manera de utilizar o divulgar datos sobre su salud.

### Para más información

Éste es un breve resumen de los derechos y protecciones que le corresponden según la ley federal de confidencialidad de la información sobre la salud. Puede preguntarle a su proveedor o asegurador cómo emplea o divulga la información sobre su salud y cuáles son sus derechos. También podrá encontrar más información, incluso sobre cómo presentar una queja ante el gobierno de EE.UU., en la página Web [www.hhs.gov/ocr/hipaa/](http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/)

## Publicado por:

U.S. Department of  
Health & Human  
Services Office for  
Civil Rights



## Los proveedores y aseguradores de salud a quienes se dirige esta ley deben respetar su derecho a ...

### Recibir un informe sobre cuándo y por qué se compartió información sobre su salud

Según la ley, la información sobre su salud puede utilizarse y compartirse por razones específicas, como garantizar que los médicos brinden una atención adecuada y que los hogares de ancianos sean limpios y seguros, realizar informes sobre los brotes de gripe en su región, o presentar informes obligatorios a la policía, como los referidos a heridas de bala. En muchos casos, puede solicitar un listado de quiénes recibieron información sobre su salud por esas razones.

- Puede recibir este informe gratuitamente una vez al año.
- En la mayoría de los casos, recibirá el informe antes de que transcurran 60 días, pero el plazo se puede extender por otros 30 días si hay una razón que lo justifique.

### Solicitar que se lo contacte en otro lugar que no sea su casa

Usted puede solicitar, dentro de los límites razonables, que se lo contacte en otro domicilio o de un modo diferente. Por ejemplo, puede pedir que el enfermero lo llame a su lugar de trabajo en vez de a su casa, o que le envíe la información en un sobre cerrado y no en una postal. Si recibir información en su casa puede resultar peligroso, su asegurador de salud debe contactarlo, llamar o escribir adonde usted lo solicite y de la forma que usted prefiera, dentro de los límites razonables.

### Pedir que no se divulgue su información

Usted puede solicitarle a su proveedor o asegurador de salud que no comparta datos sobre su salud con determinadas personas, grupos o empresas. Por ejemplo, si usted va a una clínica, puede pedirle al médico que no comparta su historia clínica con otros médicos o enfermeros. Sin embargo, no necesariamente deberán satisfacer su solicitud.

### Presentar quejas

Si usted considera que al utilizar o divulgar su información no se respetó la ley de confidencialidad, o que no pudo ejercer sus derechos, puede presentar una queja ante su proveedor o asegurador de salud. En la notificación de confidencialidad se le informará sobre cómo presentar una queja y a quién debe ir dirigida. También puede presentar una queja ante el gobierno de EE.UU.

