

Pariente más cercano (que no vive con usted) Nombre _____

Relación _____ Teléfono (____) _____

Médico de Familia (atención primaria): _____

Médico que le refirió a nosotros: _____

Correo electrónico del médico que lo/la refirió a nosotros: _____

¿Te gustaría registrarte en nuestro portal de pacientes? Sí No
Por favor, tenga en cuenta que el portal para pacientes está actualmente disponible solo en inglés.

Nombre del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

SEGURO PRIMARIO

Nombre del Seguro _____

Nombre del Asegurado _____

SS# del Asegurado _____

IDENTIFICACIÓN# _____

Grupo # _____

Fecha de nacimiento del asegurado _____

Empleador del asegurado _____

FARMACIA

Nombre de la farmacia _____

Teléfono _____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre del Seguro _____

Nombre del Asegurado _____

SS# del Asegurado _____

IDENTIFICACIÓN# _____

Grupo # _____

Fecha de nacimiento del asegurado _____

Empleador del asegurado _____

Dirección _____
Calle y Ciudad

AUTORIZACIÓN PARA PAGAR BENEFICIOS AL PROVEEDOR

Nombre del Asegurado: _____

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare y todos los beneficios no relacionados con Medicare se realice ya sea a mí o en mi nombre por los servicios que me brinda Northwest Cancer Centers, incluyendo mis servicios médicos. Autorizo a cualquier titular de información médica u otra información sobre mí a divulgar a la Administración de Financiamiento de la Atención Médica, sus agentes y todos los demás agentes respectivos la información necesaria para determinar estos beneficios o cualquier beneficio por servicios relacionados. Entiendo que soy responsable financieramente ante Northwest Cancer Centers por los servicios no cubiertos por mis pólizas de seguro.

Firma Asegurado/Representante/Tutor Legal

Fecha

Se le proporcionará nuestra política de privacidad de HIPAA en el momento de su cita y se le pedirá que firme a continuación en ese momento. He recibido, leído y comprendido el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma Asegurado/Representante/Tutor Legal

Fecha

CENTROS ONCOLÓGICOS DEL NOROESTE

Mohammed Kasar, M.D.
Anne Meier, M.D.
Shruti Singh, M.D.
Sameer Sharma, M.D.
George Sloan, M.D.
Gauri Ramdas, M.D.
Eduardo Brown, M.D.

Neel Shah, M.D.
Amer Sidani, M.D.
Michael Tallarico, M.D.
Peter Tothy, M.D.
Olusola Ogundipe, M.D.
Hubert Fornalik, M.D.

Formulario de Autorización de Tratamiento Médico

Otorgo mi autorización y consentimiento para que Northwest Cancer Centers y sus médicos, enfermeras practicantes, enfermeras y otro personal médico afiliados administren el tratamiento mientras estoy bajo su cuidado.

Acepto asumir la responsabilidad financiera de todos los gastos de partes de dicha atención que se consideren responsabilidad del paciente según mi plan de seguro actual. Acepto notificar a Northwest Cancer Centers sobre cualquier cambio en mi cobertura de seguro.

Se entiende que esta autorización se otorga antes de cualquier tratamiento médico, y se otorga para proporcionar autoridad a mi proveedor de atención médica para que ejerza su mejor juicio en colaboración conmigo y mi familia para brindar la mejor atención posible para mi afección.

Firma del paciente _____

Fecha _____

Nombre impreso _____

Relación _____

Testigo _____

Fecha _____



Centro Oncológico del Noroeste

1001 Calumet Ave Dyer, IN 46311
1600 S. Lake Park Ave., Ste. 1101, Hobart, IN 46423
342 East 109th Ave. Crown Point, IN 46307
3800 St. Mary Dr. Ste. 302 Valparaiso, IN 46383
5510 Franklin Street Michigan City, IN 46360

Autorización para divulgar información médica

Paciente Name _____ Soc. Sec. # _____
Dirección _____ Fecha de Nacimiento _____
_____ Número de Teléfono _____

Por la presente autorizo y solicito que divulgue información de mi expediente médico para:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dr. Mohamed Kassar | <input type="checkbox"/> Dr. Michael Tallarico |
| <input type="checkbox"/> Dra. Anne Meier | <input type="checkbox"/> Dr. Amer Sidani |
| <input type="checkbox"/> Dr. Neel Shah | <input type="checkbox"/> Dra. Shruti Singh |
| <input type="checkbox"/> Dr. Sameer Sharma | <input type="checkbox"/> Dr. George Sloan |
| <input type="checkbox"/> Dr. Peter Tothy | <input type="checkbox"/> Dr. Olusola Ogundipe |
| <input type="checkbox"/> Dra. Gowri Ramadas | <input type="checkbox"/> Dr. Hubert Fornalik |
| <input type="checkbox"/> Dr. Eduardo Braun | |

La información que se divulgará es del período de tiempo Desde: ____ / ____ / ____
Para: ____ / ____ / ____

HOSPITALIZACIÓN

- Resumen de alta
- Historia y Física
- Consulta
- Otro (Especifique)

VISITAS AMBULATORIAS

- Resumen médico
- Historia y Física
- Consulta
- Lab Informes
- Informes de diagnóstico
- Chemo Pedidos / Diagramas de flujo

El historial completo de registro en su poder con respecto a mi enfermedad y / o tratamiento para las fechas mencionadas anteriormente. Entiendo que el consentimiento es revocable por mí, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción haya tenido lugar en base a él. También entiendo que este consentimiento expirará 60 días después de la fecha de la firma o automáticamente cuando los registros solicitados por esta autorización hayan sido enviados al solicitante.

Firma _____

Fecha _____

Centros Oncológicos del Noroeste

Aviso de Reconocimiento de Prácticas de Privacidad

Entiendo que, en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información se utilizará para:

- Realizar, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Llevar a cabo operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He recibido, leído y entiendo su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que Centros Oncológicos del Noroeste tiene derecho a cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento para obtener una copia actualizada del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja la forma en que se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica. También entiendo que Centros Oncológicos del Noroeste no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, entonces está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Nombre del paciente: _____ Firma: _____

Fecha: _____

Por la presente autorizo a las partes delegadas a continuación a solicitar y recibir la divulgación de mi información médica protegida con respecto a mi tratamiento, pago u operaciones administrativas relacionadas con mi tratamiento y pago. Entiendo que la identidad de las partes designadas debe verificarse antes de la divulgación de mi información.

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

- Puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida para ser usada o divulgada.
- Puedo revocar esta autorización por escrito poniéndome en contacto con su oficina o notificando a un miembro del personal.
- La información utilizada o divulgada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por la HIPAA.
- Puedo negarme a firmar esta autorización, y usted no condicionará el tratamiento o el pago a que yo proporcione esta autorización (excepto en la medida en que la autorización sea para un tratamiento relacionado con la investigación, en cuyo caso puede negarse a proporcionar ese tratamiento relacionado con la investigación).

Nombre del paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Mohammed Kasar, M.D.
Anne Meier, M.D.
Shruti Singh, M.D.
Sameer Sharma, M.D.
George Sloan, M.D.
Gauri Ramdas, M.D.
Eduardo Brown, M.D.

Neel Shah, M.D.
Amer Sidani, M.D.
Michael Tallarico, M.D.
Peter Tothy, M.D.
Olusola Ogundipe, M.D.
Hubert Fornalik, M.D.

Declaración de Responsabilidad Financiera del Paciente

Gracias por elegir a Northwest Cancer Centers como su proveedor de atención médica. Los servicios médicos que solicita implican una obligación de su parte de garantizar que se realice el pago total de los servicios recibidos. Esta Declaración de Responsabilidad Financiera del Paciente le ayudará a comprender su responsabilidad financiera. No dude en preguntar si tiene alguna pregunta. Si otra persona (padre, cónyuge, pareja de hecho, etc.) es financieramente responsable de sus gastos o tiene el seguro, comparta esta declaración con ellos, ya que explica nuestras políticas con respecto a la facturación del seguro, los copagos y la facturación del paciente. Al acusar recibo de esta declaración y/o al recibir servicios médicos de Northwest Cancer Center, usted acepta:

1. Usted reconoce y acepta las RESPONSABILIDAD FINANCIERA OF Northwest Cancer Centers. Si tiene alguna pregunta sobre estas políticas, comuníquese con el Departamento de Facturación. Estas políticas pueden ser modificadas por Northwest Cancer Center sin previo aviso.
2. En última instancia, usted es responsable de todas las obligaciones de pago que surjan de su tratamiento o atención y garantiza el pago de estos servicios. Usted es responsable de los copagos, que se deben pagar, si corresponde, en el momento de la visita, los deducibles y/o los montos del coseguro o cualquier otra responsabilidad del paciente indicada por su compañía de seguros, que de otro modo no estén cubiertos por el seguro complementario. Si su banco devuelve su pago debido a fondos insuficientes, se le cobrará una tarifa de \$ 25.
3. Usted es responsable de conocer su póliza de seguro y actualizar a la oficina de cualquier cambio en la póliza. Por ejemplo, usted será responsable de cualquier cargo si se aplica alguna de las siguientes condiciones: (1) su plan de salud requiere autorización previa o remisión por parte de un médico de atención primaria (PCP) antes de recibir servicios en Northwest Cancer Centers, y usted no ha obtenido dicha autorización o remisión; (2) recibe servicios que exceden dicha autorización o referencia; (3) su plan de salud determina que los servicios que recibió en Northwest Cancer Center no son médicamente necesarios y/o no están cubiertos por su plan de seguro; (4) la cobertura de su plan de salud ha caducado o expirado en el momento en que recibe los servicios en Northwest Cancer Center; o (5) ha optado por no usar la cobertura de su plan de salud. Si no está familiarizado con la cobertura de su plan, le recomendamos que se comunique directamente con su proveedor o proveedor del plan.
4. Usted es responsable de pagar una tarifa de \$100 si es su primera visita a Northwest Cancer Centers y no se presenta a su cita o no cancela su cita 24 horas antes de la visita programada.
5. Northwest Cancer Centers no cumple con las políticas de bolsas blancas o marrones exigidas por las compañías de seguros. La bolsa blanca es cuando un consultorio recibe medicamentos específicos para el paciente de una farmacia especializada ordenada por el pagador, para almacenarlos en un inventario separado antes de que los médicos los administren. El embolsado marrón es cuando un pagador requiere que un paciente adquiera medicamentos inyectables de un proveedor obligatorio y luego transporte esos medicamentos al consultorio de su médico para su administración. Como su proveedor, nuestro objetivo es hacer de su seguridad nuestra prioridad. Dado que dichas políticas no permiten que el consultorio confirme el cumplimiento farmacéutico desde el centro de distribución hasta el consultorio, no participaremos en ninguna de las políticas.
6. Los proveedores de NCC pueden solicitar análisis clínicos que requieran procesamiento en un laboratorio externo, incluyendo pero no limitado a: Bioreference, Quest o Hematogenix. Es su responsabilidad cubrir cualquier costo incurrido si su plan de seguro no cubre ese costo.

Firma _____

Fecha _____

Imprimir nombre _____

Firma del representante legal _____

Escriba el nombre del representante legal _____