



Dr. Pridhvi Yelamanchili

**Registracion De Paciente Nuevo**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Numero De SS: \_\_\_\_\_ Telefono 1:( ) \_\_\_\_\_ Telefono 2:( ) \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_  
Referido Por: \_\_\_\_\_  
Medico De Atencion Primaria: \_\_\_\_\_  
Farmacia: \_\_\_\_\_

**Con quien podemos compartir su informacion medica?**

<b><u>Nombre:</u></b>	<b><u>Relacion:</u></b>	<b><u>Numero:</u></b>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____

**Informacion de Aseguranza**

Aseguranza Primaria: \_\_\_\_\_

ID #: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

Aseguranza Secundaria: \_\_\_\_\_

ID #: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

Tengo mi tarjeta de aseguranza primaria (S)/(N) Tengo mi tarjeta aseguranza secundaria (S)/(N) (si aplica) Podemos dejar mensaje en su contestadora? (Y/N)

**Autorizacion y Asignacion**

Por la presente autorizo a **ARIZONA HEART DOCTOR, PLLC**, a dar cualquier informacion medica o incidental que puedan ser necesarios, ya sea para atencion medica o tramitacion de solicitudes de beneficios financieros. Por la presente autorizo el pago directo de beneficios medicos a **ARIZONA HEART DOCTOR, PLLC**, por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de los saldos no cubiertos por mi seguro. Si esta cuenta no se paga puntualmente, y la oficina considera que es necesario utilizar un servicio de coleccion, estoy de acuerdo con todos los gastos de cobranza razonable y honorarios de abogados, mas el saldo actual de la cuenta atrasada. Estoy de acuerdo en pagar mis copagos el dia de mi visita.

**Firma del Paciente o Persona Responsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**T: 480-300-4646**

**WWW.AZHEARTDOCTOR.COM**

**F: 480-300-4647**



Dr. Pridhvi Yelamanchili

### **Directiva Anticipada**

Una **Directiva Anticipada** le dice a su medico que tipo de atencion le gustaria tener si no ha podido tomar decisiones medicas por usted mismo (si se encuentra en estado de coma por ejemplo). Al crear una **Directiva Anticipada**, se haran sus preferencias medicas conocidas antes de que usted afronte una enfermedad o lesion grave. Puede escribir una directive anticipada de varias maneras:

- Utilice un formulario proporcionado por su medico familiar
- Anote sus deseos por si mismo
- Llame al departamento de salud o departamento de estado sobre el envejecimiento para obener un formulario
- Llamar a un abogado
- Utilice un paquete de software para documentos legales

**Directivas Anticipadas** y testamentos de vida no tienen que ser documentos legales complicados. Pueden ser cortos, simples declaraciones sobre lo que desea hacer o no hacer si no puede hablar por si mismo. Recuerde, todo lo que escriba pr si mismo o con un paquete de software debe seguir las leyes de Estado. Tambien puede tener escrito revisado por su medico o con un abogado para asegurarse de que sus directivas se entiendan exactamente como usted desee. Cuando este satisfecho con sus directivas, las ordenes deben ser notariadas y copias deben darse a su familia y a sus medicos. Es nuestra poliza pedir a cada uno de nuestros pacientes por su **Directiva Anticipada** anualmente.

Seleccione de la lista a continuacion la opcion que le corresponda:

- No tengo una una **Directiva Anticipada** (no decision tomada este momento)
- La clinica de **AZ Heart Doctor** tiene un documento en su archivo
- No Resucitar (proporcione documento para que tengamos en su archivo)
- Poder Legal Para Atencion Medica (proporcione documento para que tengamos en su archivo)
- Directiva Especifica de Avance (proporcione documento para que tengamos en su archivo)

**Firma Del Paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Firma Del Testigo (empleado de AZ Heart Doctor)** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**T: 480-300-4646**

**WWW.AZHEARTDOCTOR.COM**

**F: 480-300-4647**



Dr. Pridhvi Yelamanchili

**Poliza y Procedimientos de Arizona Heart Doctor, PLLC**

**Iniciales** \_\_\_\_\_

Nos gustaria aprovechar esta oportunidad para darle la bienvenida a nuestra oficina. El siguiente documento resume nuestras polizas y procedimientos relacionados con nuestra poliza financiera. Por favor tomese el tiempo y lea este documento.

**Requisitos Para Recibir Atencion Medica:**

**Iniciales** \_\_\_\_\_

La clinica esta especializada en el diagnosis y tratamientos de condiciones del corazon. Creemos en brindarle la mayor atencion possible trabajando con un equipo medico de familia, internistas, cardiologos y cualquier otro especialista que le ayude con la ultima atencion para llevar un a vida saludable.

**Pago Al Momento De Servicios Prestados:**

**Iniciales** \_\_\_\_\_

El pago se requiere en el momento que se prestan los servicios. Por favor tenga listo el pago de copagos, deducibles, y la parte que el seguro no cubre y que corre por cuenta del paciente al momento de su cita. Si participamos con su aseguranza esta poliza nos permite saldar su cuenta cuando el cheque del seguro nos llegue, esto le ahorra recibir numerosos estados de cuentas mensualmente. Aceptamos efectivo, cheques personales, y tarjetas de debito o credito (Master Card, Visa, American Express). Para todos los cheques devueltos se aplicara un cargo adicional de \$25 que el emisor debera pagar por cada cheque.

**Procedimiento De Facturacion:**

**Iniciales** \_\_\_\_\_

Al visitar nuestros consultorios para solicitar atencion medica, usted asume la obligacion y responsabilidad personal con respecto a su cuenta. Todos los estados de cuenta se envian mensualmente por correo al domicilio en su archivo. Le pedimos que pague los saldos puntualmente, a menos que se hayan echo arreglos especiales. Consideramos cualquier cuenta con mas de 90 dias de retraso con caracter de coleccion.

**Proceso De Cobranza:**

**Iniciales** \_\_\_\_\_

Si cualquier cuenta se somete al proceso de coleccion o litigio, el paciente o persona responsable es financieramente responsable de todos los costos que se pudiera incurrir en la coleccion de dicha cuenta, tal como los honorarios de abogados, costos judiciales, y/u honorarios de representacion, etc.

**Proceso de Referido Exigido por la Aseguranza:**

**Iniciales** \_\_\_\_\_

En el caso de cualquier plan de seguro que exija la presentacion de un referido por parte de su doctor primario, este debe ser presentado en el momento de su cita o antes si es possible. No esperamos a que los referidos sean enviados por correo postal. Si al momento de su cita no tenemos el referido, su cita tendra que ser reprogramada o cancelada.

**Cambios de Direccion y Seguro**

**Iniciales** \_\_\_\_\_

Mantenganos informados sobre cualquier cambio de informacion de su aseguranza, direccion, o numero de telefono.

**T: 480-300-4646**

**WWW.AZHEARTDOCTOR.COM**

**F: 480-300-4647**



Dr. Pridhvi Yelamanchili

**Cambios de Direccion y Seguro**

**Iniciales** \_\_\_\_\_

Mantenganos informados sobre cualquier cambio de informacion de su aseguranza, direccion, o numero de telefono.

**Acuerdo de Integridad:**

**Iniciales** \_\_\_\_\_

Ambas partes desean tener un metodo para resolver situaciones de incomodidad, malentendidos o conflictos. En caso de que se presente alguna situacion antes mencionada, favor de informarnos lo antes posible en privado. Aceptamos resolver estas cuestiones mediante los procedimientos de comunicacion, mediacion, o arbitraje establecidos en la ultima edicion del Acuerdo de Integridad de Formularios Legales (Law Forms Integrity Agreement). Esto no le impide de ninguna manera buscar asesoramiento legal.

**Necesidades Especiales:**

**Iniciales** \_\_\_\_\_

Estamos aqui para ayudarle. Si usted tiene necesidades especiales o circunstancias que pueden requerir un plan de pago, por favor sientase con confianza de hablar de esto con nosotros lo antes posible.

**Cancelacion de Citas:**

**Iniciales** \_\_\_\_\_

Si por alguna razon necesita cancelar su cita, se requiere un aviso de 24 horas antes de todas las citas programadas. Toda cita que no se cancele en un plazo de 24 horas antes estara sujeta a un cargo por cancelacion sin aviso previo.

**Authorizacion Previa/Costos del Paciente**

**Iniciales** \_\_\_\_\_

Nosotros conseguiremos autorizacion previa para cualquier estudio/procedimiento ordenado por su medico. Cuando una aseguranza aprueba los procedimientos por medio de una autorizacion previa, esto significa que ellos cubriran los costos de acuerdo al contrato especifico entre usted y su aseguranza. Es posible que usted tenga que pagar una porcion del saldo que su aseguranza considere responsabilidad del paciente de (por ejemplo co-aseguranza, co-pago, o deducible, etc.) basado en su contrato especifico. Ya que hay muchos planes de aseguranzas diferentes que cambian constantemente, por favor llame a su aseguranza si tiene alguna duda o pregunta sobre sus responsabilidades en los gastos de cualquier estudio/procedimiento ordenado.

*Gracias por tomarse el tiempo para leer esta poliza y procedimientos de declaracion. Esperamos poder responder cualquier pregunta que usted pueda tener con respecto a las polizas financieras de la institucion.*

**Declaracion Del Paciente:**

**He leido y entendido esta declaracion de polizas. Entiendo que soy financieramente responsable de los gastos incurridos y autorizo a mi compania de seguros para pagar los beneficios a Arizona Heart Doctor, PLLC. Todas mis preguntas e inquietudes han sido contestadas.**

**Nombre (paciente o representante)** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**T: 480-300-4646**

**WWW.AZHEARTDOCTOR.COM**

**F: 480-300-4647**



Dr. Pridhvi Yelamanchili

**Autorizacion Para Obtener Expedientes**

**Obtener expedients de la siguiente clinica:**

---

---

---

**Yo Autorizo a Arizona Heart Doctor, PLLC, a recibir o pedir copia o resumen de:**

---

---

---

---

**En relacion a mi enfermedad o tratamiento durante el periodo de:**

\_\_\_\_\_ **hasta** \_\_\_\_\_

**Nombre de Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_

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

**Testigo:** \_\_\_\_\_

**\*\*Esta Autorizacion es valida por 12 meses despues de la fecha firmada\*\***

**T: 480-300-4646**

**WWW.AZHEARTDOCTOR.COM**

**F: 480-300-4647**

