

General y Cirugía Vascular del noroeste de Alabama, Inc.

Jeffrey Manord, M.D.

15225 Hwy 43 Suite D

Russellville, AL 35653

Fecha: _____

EMAIL: _____

Nombre completo del paciente: _____

Dirección postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Otros: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ Número de la Seguridad Social: _____

Sexo: Masculino Femenino Estado civil: soltero casado divorciado viudo separado

El empleador del paciente: _____ Número de teléfono del empleador: _____

Persona responsable de Bill: _____ Respecto al paciente: _____

Nombre de seguros primarios: _____ ID/número de contrato: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN#: _____

Relación con el paciente para el suscriptor: _____ subscriber empleador: _____

Nombre del seguro secundario: _____ ID/número de contrato: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN#: _____

Relación con el paciente para el suscriptor: _____ subscriber empleador: _____

Quién es tu médico de cabecera (médico de familia): _____

Quién lo refirió a nuestra oficina: _____

**** La Persona a notificar en caso de una emergencia médica**:** _____

Número de teléfono de contacto en caso de emergencia _____ Relación al paciente _____

Revisión de síntomas

Indique si ha experimentado esto en la última semana

General:

Resfriado si/no

Cansada si/no

Fiebre si/no

dolor de cabeza si/no

aumento de peso si/no

perdida de peso si/no

Neck:

Dificultad al tragar si/no

terron/hinchazón si/no

Pecho:

Secreción del pezón si/no

Cambio en la piel del seno

dolor en los senos si/no

bulto en el pecho si/no

Respiratorio/Respiratoria:

Tos si/no

Jadío si/no

dificultad para respirar si/no

puedes subir las escaleras si/no

Cardiovascular:

Dolor en el pecho

hinchazón en las piernas si/no

Gastrointestinal:

Dolor abdominal si/no

Nausea si/no

Vómitos si/no

diarrea si/no

estreñimiento si/no

sanre en las heces si/no

Farmacia: _____ Ciudad: _____

Pago del paciente en el momento en que se presten los servicios. El paciente es responsable por el pago y no a la compañía de seguros. Como una cortesía a nuestros pacientes vamos a presentar reclamaciones para cualquier cobertura de seguros; sin embargo, co-pagos, deducibles, y no cubre los cargos deben ser pagados en el momento en que se presten los servicios. Si hay cualquier pregunta sobre pago seguro/políticas de presentación, consulte uno el personal de la oficina en este momento para realizar los arreglos necesarios.

Acuerdo PARA PAGAR: El abajo firmante acepta el cargo como una deuda legítima y promete pagar dice fee incluido el coste de la recogida, los honorarios del abogado y los gastos judiciales, si son necesarias, renuncia ahora y para siempre el derecho a reclamar la exención en virtud de la Constitución y las leyes del Estado de Alabama o de cualquier otro estado. El abajo firmante entiende que cuentas puede ser referido a una agencia de cobranza externa si el saldo impago durante 60 días a menos que alternaba arreglos han sido realizados y seguidos.

Beneficios quirúrgicos: autorizo el pago directamente al General y Cirugía Vascular del noroeste de Alabama, Inc., para la intervención quirúrgica y/o beneficios médicos, si los hubiere, pagaderas a mí por servicios prestados por el General y Cirugía Vascular del noroeste de Alabama, Inc. entiendo el seguro puede no pagar toda la factura y me comprometo a pagar la diferencia, o el total de la factura, si es necesario, excluyendo las prestaciones contractuales.

Consentimiento para el tratamiento de: Doy mi consentimiento a todos atención médica y quirúrgica, exámenes y pruebas determinada por mi médico que son necesarios para mí. Aunque espero que la atención se reunirán normas consuetudinarias, entiendo que no hay garantías sobre los resultados de mi atención. También entiendo que si no sigo mis recomendaciones del médico de cabecera como pueden referirse a mi salud que el médico y esta Oficina no será responsable por cualquier lesión o daño que son el resultado de mi falta de cumplimiento .

Liberación de Registros Médicos: Autorizo a General y Cirugía Vascular del noroeste de Alabama, Inc. para solicitar o liberar cualquier información médica de o a otro médico o institución como necesarias para mi atención médica y seguros para fines de presentación.

Consentimiento para llamadas telefónicas inalámbricas: Si en cualquier momento puedo proporcionar un número de teléfono inalámbrico en la que yo pueda ser contactado, doy mi consentimiento para recibir llamadas (incluyendo autodialed llamadas y mensajes pregrabados) en ese número inalámbrico desde General y Cirugía Vascular del noroeste de Alabama, Inc., sus sucesores y cesionarios, y las filiales, agentes y contratistas independientes, incluyendo a los prestadores de servicios y agentes de colección, con respecto a mi cuenta, los servicios prestados, o mis obligaciones financieras conexas.

Imprimir nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Firma del paciente o del representante legal de la fecha de Firma

Fecha de firma

General and Vascular Surgery of Northwest Alabama, Inc.

15225 HWY 43 | RUSSELLVILLE AL, 35653 | (256) 332-1500

Written Financial Policy

Thank you for choosing General and Vascular Surgery of Northwest Alabama, Inc.. Our primary mission is to deliver the best and most comprehensive care available. An important part of the mission is making the cost of optimal care as easy and manageable for our patients as possible by offering several payment options.

Payment Options:

You can choose from:

- Cash/check, Visa[®], MasterCard[®] or Discover Card[®]
- Convenient Monthly Payment Plans¹ from CareCredit
 - o Allow you to pay over time
 - o No annual fees or pre-payment penalties

Please note:

General and Vascular Surgery of Northwest Alabama, Inc. requires payment prior to the beginning of your treatment. If you choose to discontinue care before treatment is complete, you will receive a refund less the cost of care received.

For patients with insurance we are happy to work with your carrier to maximize your benefit and directly bill them for reimbursement for your treatment.²

General and Vascular Surgery of Northwest Alabama, Inc. charges \$30 for returned checks.

If you have any questions, please do not hesitate to ask. We are here to help you get the treatment and care you want and need.

Patient, Parent or Guardian Signature Date

Patient Name (Please Print)

¹Subject to credit approval

²However, if we do not receive payment from your insurance carrier within 120 days, you will be responsible for payment of your treatment fees and collection of your benefits directly from your insurance carrier.

CONSENT FORM FOR ePRESCRIBE PROGRAM

ePrescribe Program

ePrescribing is a way for doctors to send electronically an accurate, error free, and understandable prescription from the doctor's office to the pharmacy. The ePrescribe Program also includes:

- **Formulary and benefit transactions** - Gives the health care provider information about which drugs are covered by your drug benefit plan.
- **Fill status notification** - Allows the health care provider to receive an electronic notice from the pharmacy telling them if your prescription has been picked up, not picked up, or partially filled.
- **Medication history transactions** - Provides the health care provider with information about your current and past prescriptions. This allows health care providers to be better informed about potential medication issues and to use that information to improve safety and quality. Medication history data can indicate: compliance with prescribed regimens; therapeutic interventions; drug-drug and drug-allergy interactions; adverse drug reactions; and duplicative therapy.

The medication history information would include medications prescribed by your health care provider at General and Vascular Surgery of Northwest Alabama, Inc., as well as other health care providers involved in your care and may include sensitive information including, but not limited to, medications related to mental health conditions, venereal diseases/sexually transmitted diseases, abortion(s), rape/sexual assault, substance (drug and alcohol) abuse, genetic diseases, and HIV/AIDS.

As part of this Consent Form, you specifically consent to the release of this and other sensitive health information.

Consent

By signing this consent form you are agreeing that your provider at General and Vascular Surgery of Northwest Alabama, Inc. may request and use your prescription medication history from other healthcare providers and/or third party pharmacy benefit payors for treatment purposes.

You may decide not to sign this form. Your choice will not affect your ability to get medical care, payment for your medical care, or your medical care benefits. Your choice to give or to deny consent may not be the basis for denial of health services. You also have a right to receive a copy of this form after you have signed it.

This consent form will remain in effect until the day you revoke your consent. You may revoke this consent at any time in writing but if you do, it will not have an effect on any actions taken prior to receiving the revocation.

Understanding all of the above, I hereby provide informed consent to General and Vascular Surgery of Northwest Alabama, Inc. to enroll me in this ePrescribe Program. I have had the chance to ask questions and all of my questions have been answered to my satisfaction.

Signature

Date of Birth

Date

Imprimir nombre del representante legal del paciente y la relación del representante legal del paciente
(Por ejemplo, padre, tutor, otros, por favor explique)

Aviso de Prácticas de Privacidad Acuse
General y Cirugía Vasculat del noroeste de Alabama, Inc.

Tengo entendido que, en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro médico (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Reconozco que he recibido o han tenido la oportunidad de recibir una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad. También entiendo que esta práctica tiene derecho a cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad y que me puede ponerse en contacto con la práctica en cualquier momento para obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Imprime el nombre del paciente o Tutor Legal (imprimir)

Firma del paciente o Tutor Legal

Fecha

Doy Dr. Manord y/o su personal permiso para dejar mensajes detallados para mí. También me da permiso para mis registros contables, información sobre el seguro y los expedientes médicos para ser discutidos con las siguientes personas:

Nombre

Relación al paciente

Nombre

Relación al paciente

Nombre

Relación al paciente

Nombre

Relación al paciente

Sólo para uso de oficina

Hemos realizado el siguiente intento de obtener la firma del paciente el acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad: Fecha: _____

Intento: _____ Personal Nombre: _____