

**Idaho Physical Medicine and Rehabilitation, PA
FORMULARIO DE REGISTRO**

Fecha de hoy:		Proveedor de atención primaria:			
PATIENT INFORMATION					
Apellido del paciente:		Nombre: Segundo		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Señora	<input type="checkbox"/> Señor
				Estado civil (circule uno) Soltero / Casado / Div / Sep / Viuda	
¿Este es tu nombre legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no, ¿cuál es su nombre legal?	(Nombre anterior):		Fecha de nacimiento: / /	Edad: Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino	Idioma preferido:		Dirección de correo electrónico:		
Carrera: <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Otro					
Dirección:		Número de Seguro Social:		Número de teléfono de casa: Teléfono celular:	
P.O. Box:		Ciudad:		Estado: Código postal:	
Ocupación:		Empleador:		Número de teléfono de trabajo: ()	
Elija la clínica porque/Se refiere a la clínica por (marque una casilla):				<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Plan de Seguro
<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Cerca de casa/trabajo	<input type="checkbox"/> Páginas Amarillas	<input type="checkbox"/> Hospital	
Farmacia: Dirección/ Número de teléfono:					

INFORMACIÓN DE SEGUROS					
(Por favor, entregue su tarjeta de seguro a la recepcionista.)					
Persona responsable de la factura:	Fecha de nacimiento: / /	Dirección (si es diferente):		Número de teléfono de casa: ()	
¿Esta persona es paciente aquí? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Ocupación:	Empleador:	Dirección del empleador:		Número de teléfono del empleador: ()	
¿Este paciente está cubierto por un seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Indique el seguro primario		<input type="checkbox"/> [Seguro]	<input type="checkbox"/> Medicaid #	<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> ¿La lesión es un accidente automovilístico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Relacionada con el TRABAJO por Lesión?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del suscriptor:	Número de suscriptor:	Fecha de nacimiento: / /	Número de grupo:	Número de política:	Copago: \$
Relación del paciente con el suscriptor:		<input type="checkbox"/> Propio	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Otro
Nombre del seguro secundario (si corresponde):		Número de suscriptor		Número de grupo:	Número de política:
Relación del paciente con el suscriptor:		<input type="checkbox"/> Propio	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Otro

EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre del amigo o pariente local:		Relación con el paciente:	Número de teléfono de casa: ()
			Número de teléfono alternativo: ()
La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier equilibrio. También autorizo a Idaho PMR o a la compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.			
_____ <i>Patient/Guardian signature</i>		_____ <i>Date</i>	

CONSENTIMIENTO Y CONDICIONES DE TRATAMIENTO

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO. Voluntariamente doy mi consentimiento para la atención y tratamiento del Paciente por parte de Idaho Physical Medicine and Rehabilitation P.A. (IPM&R), al igual que por los miembros del personal médico. Dicha atención incluye, pero no se limita a servicios médicos ambulatorios, tales como: cirugías, cuidados de enfermería o terapéuticos; otros procedimientos diagnósticos, servicios de laboratorio y exámenes y procedimientos radiológicos, y la administración de farmacéuticos o anestesia, y otros servicios médicos que sean considerados necesarios según la opinión del médico, enfermero u otros miembros del personal. En el caso de que algún personal médico de IPM&R sufriera un pinchazo de aguja o fuese expuesto a sangre o líquidos corporales, doy mi consentimiento para examinar al Paciente por posibles enfermedades transmitidos por la sangre, para la protección del personal de IPM&R.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS (SOLO APLICA A LOS PACIENTES QUE ESTAN RECIBIENDO TRATAMIENTO EN EL CENTRO DE CIRUJIA AMBULATORIO DE IPM&R).

Por favor indique si el Paciente tiene declarado las Instrucciones Anticipadas, Ej. :

Declaración de Ultima Voluntad Carta de Poder Ilimitado Instrucciones del Médico sobre el Alcance del Tratamiento (POST siglas en Ingles), Otro (describe): _____

Entiendo que es la normativa del Centro de Cirugía Ambulatorio de IPM&R no atenerse a cuyas instrucciones anticipadas prohíban recibir tratamiento de mantenimiento vital. En nombre del paciente doy consentimiento para recibir dicho tratamiento, y acepto que se suspenda cualquier instrucción contraria que pueda constar en las instrucciones anticipadas mientras el paciente este bajo los cuidados del Centro de Cirugía Ambulatorio de IPM&R.

CONDICIONES PARA TRATAMIENTO EN IPM&R. En consideración a la atención y tratamiento que el Paciente recibirá o ha recibido en IPM&R, estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Responsabilidades del Paciente. Entiendo y acepto las Responsabilidades del Paciente expuestos por IPM&R's en su apartado de la Notificación de Practicas, Derechos del Paciente, y Responsabilidades del Paciente.

2. Acuerdo Financiero. Acepto ser responsable de cualquier co-pago, deducible, u otros cargos profesionales relacionados con el Paciente, no cubiertos por el seguro, programas federales, u otros recursos de pagos, excepto en el grado prohibido por las leyes aplicables o cualquier otro acuerdo entre la compañía de seguro médico e IPM&R. Acepto hacer dichos pagos, sujetos a los términos normales de pago de IPM&R. Según sea procedente, presentar en colaboración con IPM&R, reclamos a las distintas entidades para la asistencia de pago, tales como programas federales, compañía de seguro médico, o terceras partes. Acepto ser responsable por el pago de todos los cargos que no estén cubiertos por el seguro médico o terceras partes. En caso de que el Paciente tuviera una cuenta morosa, acepto pagar los cargos de interés o tasas de acuerdo a las normativas establecidas por IPM&R, lo cual incluye pero no se limita a costes de cobranza razonables, tarifas de la agencia de recaudación, honorarios de los abogados, y tasas judiciales. Por otra parte, estoy de acuerdo de que cualquier exceso de pago recogido para la admisión o tratamiento del Paciente en esta ocasión, podrá ser aplicado directamente a cualquier cuenta morosa del Paciente.

3. Asignación de Pago. Por la presente asigno y autorizo el pago directo a IPM&R de cualquier reembolso o beneficio correspondiente a mi o al Paciente, por parte de programas federales, compañía de seguros, u otra entidad que es o podría ser responsable de los costes asociados con el cuidado del Paciente. Entiendo que esta asignación no será retirada ni cancelada en ningún momento, hasta la liquidación total de la cuenta del Paciente.

4. Practicas de Facturación. Entiendo y estoy de acuerdo en que cualquier cargo por los servicios prestados y/o beneficios de seguros disponibles son presupuestos, las cuales son basadas en la mejor información disponible en ese momento. IPM&R podrá enmendar dicho presupuesto, y por lo tanto será responsable por los cargos correspondientes al servicio actualmente prestados. Entiendo y acepto que IPM&R requerirá pago de todas las cuentas en el momento de servicio, salvo que IPM&R haya estipulado otro acuerdo. En el caso de tener seguro médico, IPM&R procederá a facturarles, otorgando un plazo razonable para el pago correspondiente por parte de la compañía de seguros. Acepto ser responsable de cualquier cantidad no cubierto por el seguro. En caso de no recibir pago, el Paciente y yo recibiremos factura por todos los cargos e intereses. El pago se realizará al recibir la factura.

EFFECTOS PERSONALES. Entiendo y acepto que IPM&R no se hace responsable de mis efectos personales, y por lo tanto no asumirá responsabilidad alguna en caso de pérdida o daño de dichos efectos.

NO HAY GARANTIA. Entiendo que la práctica de medicina no es una ciencia exacta. Reconozco que IPM&R no me ha dado ninguna garantía con relación a los resultados del cuidado o tratamiento del Paciente.

PERSONAS POR LAS CUALES IPM&R NO SE RESPONZABILIZA. Entiendo que IPM&R únicamente es Pagina 1 de 2 los actos de sus empleados cometidos en el curso y alcance de sus funciones de trabajo. Entiendo que personas no empleada por IPM&R pueden estar involucrados en mi cuidado o tratamiento; esto incluye, pero no se limita a miembros del personal médico del centro de cirugía ambulatorio de IPM&R, contratistas independientes, agentes, o técnicos de producto.

Entiendo que IMP&R no es responsable de los actos u omisiones del personal empleado o no-empleado directamente por IMP&R cuando es cometido fuera del curso y alcance de sus funciones de trabajo.

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD. Por medio del presente certifico que hoy día o en una visita previa a IPM&R recibí copia de la Notificación de las Practicas de Privacidad de IPM&R. [Por favor escriba sus iniciales]: _____

NOTIFICACIÓN DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE. Por medio del presente certifico que hoy día o en una visita previa a IPM&R recibí copia de la Notificación de los Derechos y Responsabilidades del Paciente. [Por favor escriba sus iniciales]: _____

DIVULGACION DE TITULARIDAD, Idaho Medicina Física y Rehabilitación, PA es propiedad de:

Robert H. Friedman, MD	Christian G. Gussner, MD	Mark J. Harris, MD
Shane A. Maxwell, DO	Kurt A. Mildenstein, MD	Monte H. Moore MD
Barbara E. Quattrone, MD		

[Por favor escriba sus iniciales]: _____

CONTROL DE CALIDAD Y DE INFECCION, IPM&R mantiene un programa de monitorización diseñado para prevenir, controlar, e investigar las infecciones y enfermedades contagiosas, según esta establecido por normativas nacionales sobre el control de infecciones. Esto se lleva a cabo a través de planes de evaluación de calidad y mejora del rendimiento.

Por medio del presente, confirmo que he leído, entiendo, y acepto este Consentimiento y Condiciones de Tratamiento. Certifico ser el Paciente o representante legal del Paciente, y por lo tanto ejerzo la autoridad para presentar este Consentimiento y Acuerdo por parte del Paciente. Reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas en relación a este Consentimiento y Condiciones de Tratamiento, y por consiguiente las respuestas recibidas han sido satisfactorias.

(Nombre)

(Fecha)

(Firma)

Autoridad o Parentesco con el Paciente

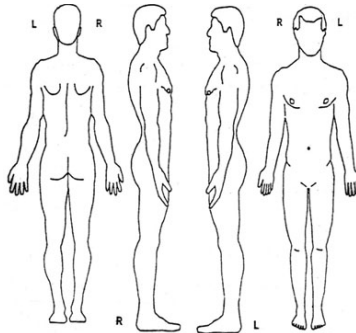
CUESTIONARIO DE PACIENTE NUEVO

Edad: _____ Sexo: Male Female Peso: _____ Altura: _____ Mano derecha/izquierda _____

Médico de referencia: _____ Médico de Atención Primaria: _____

Describe brevemente su problema principal:

Indique en las imágenes debajo del área o áreas de su dolor. Use "X" para el dolor y "0" para el entumecimiento.



¿Cuándo empezó tu dolor? (fecha aproximada) _____

¿Cómo empezó tu dolor? _____

Es su dolor: constante o va y viene

Nivel actual de intensidad del dolor (círculo uno):

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor		Suave		Moderado		Severa				Insoportable

Qué palabras describen mejor su dolor: (Círculo de tantas como se aplican)

Agudo Quema Palpitante Disparos Dolor Calambres Aburrido
 Machacamiento Apuñalar Hormigueo Frialidad Picor Electricidad
 Otro _____

¿Qué provoca el dolor o lo empeora? (Círculo de tantos como se aplican)

Sentado En pie Caminar Torcer Elevación Estornudo
 Tos Uso de brazos Doblar hacia adelante Doblar hacia atrás
 Otro _____

¿Qué elimina o alivia el dolor? (Círculo de tantos como se aplican)

Acostado En pie Ejercicio Medicina para la artritis Píldoras para el dolor
 Relajantes musculares Nada Other _____

¿Tienes pérdida de control de los intestinos o la vejiga? Sí: No:

¿Tienes dolor que derriba los brazos o las piernas? Sí: No:

¿Tienes alguna debilidad creciente en los brazos o las piernas? Sí: No:

HISTORIA DE TRABAJO:

¿Cuál es/fue su ocupación? _____

Trabajar a tiempo complet Trabajar a tiempo parcial Desempleados Casero

Retirado Sobre la discapacidad Otro: _____

¿Cuándo fue la última vez que trabajaste? _____

Si su dolor está relacionado con el trabajo, ¿cuál es la fecha de su lesión? _____

¿Tiene actualmente un abogado con respecto a su condición de dolor? Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre y el número de teléfono:

HISTORIA SOCIAL:

¿Eres usted: Soltero Casado Separado Divorciado Viuda

¿Tienes hijos? Sí. No. ¿Cuántos? _____

¿Quién vive en tu casa contigo? _____

¿usted fuma? Sí. No. En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes de cigarrillos al día? _____

¿Eres un ex fumador? En caso afirmativo, ¿cuándo dejaste? _____.

¿Bebes alcohol? En caso afirmativo, ¿cuánto en una semana? _____.

¿Tiene antecedentes de abuso de alcohol, drogas callejeras o medicamentos recetados? Sí No.

¿Alguna vez ha sido arrestado o condenado por un cargo relacionado con drogas o alcohol? Sí No

En caso afirmativo, explique y proporcione fechas. _____

SLEEP Y MOOD:

¿Cuántas horas por noche duermes? _____

¿Alguna vez te diagnosticaron depresión, psicosis, esquizofrenia o trastorno bipolar?

Sí No En caso afirmativo, ¿cuál(s)? _____

¿Estás viendo a un psiquiatra o psicólogo? Sí No En caso afirmativo, ¿para qué? _____

¿Tienes alguna idea de lastimarte a ti mismo o a los demás? Sí No

En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Tienes antecedentes familiares de alguno de estos problemas? (Círculo de tantos como se aplican)

Alcoholismo Depresión Abuso Enfermedad mental
Cáncer Golpe Problemas cardíacos Otro _____

Proporcione cualquier información adicional que considere que nos ayudaría a tratar su dolor: _____

LISTA DE SÍNTOMAS

Por favor elija los síntomas que tiene en este momento y ponga comentarios si es necesario

Neurológico Ninguno

- Debilidad
- Fatiga
- Pérdida de control de intestinos o de vejiga
- Espasmos o rigidez muscular
- Sensibilidad a la luz
- Pérdida de memoria
- Adormecimiento o cosquilleo

Cabeza/Ojos/Oídos/Nariz/Garganta Ninguno

- Dolor de cabeza
- Herida en la cabeza, anterior o reciente
- Problemas de vista o de oído
- Sangrado de la nariz

Sicológico Ninguno

- Ansiedad, depresión o PTSD (sigla en inglés)
- Problemas de sueño
- Problemas de enojo
- Ideas o intentos de suicidarse
- Pensamientos/ideas homicidas

Ginecológico/Urológico Ninguno

- Post menopáusica
- Menopausia temprana (< 45 años)
- Antecedentes de ETS
- Secreción vaginal/del pene
- Relaciones sexuales dolorosas
- Dolor en los genitales

Músculos Ninguno

- Dolor muscular
- Hinchazón en las coyunturas
- Debilidad muscular
- Espasmos o hinchazón muscular

- Pérdida de sensación
- Pérdida de fuerza muscular
- Problemas de equilibrio
- Sensibilidad al ruido
- Le cuesta pararse/caminar
- Le cuesta hablar

- Zumbido en los oídos
- Mareos
- Ceguera
- Problemas para tragar

Renal Ninguno

- Problemas al orinar
- Sangre en la orina
- Dificultad para controlar el orín
- Dolor al orinar
- Problemas de riñón

Piel Ninguno

- Antecedentes de culebrilla
- Sarpullido o comezón en la piel
- Cambios de color de piel o de lunares
- Se hace moretones fácilmente
- Sensibilidad en la piel
- Cambios al tacto

Alergias/Inmunología Ninguno

- Antecedentes de hepatitis
- Hepatitis crónica activa
- Reacción anafiláctica/alérgica grave
- Frecuente infecciones o fiebres

Cardiovascular Ninguno

- Dolor en el pecho
- Hinchazón en las manos o los pies
- Latidos irregulares
- Calor o frío en las extremidades
- Cansancio luego de hacer esfuerzos
- Cambios en la piel
- Mala circulación

Pulmonar Ninguno

- Tos o infecciones pulmonares crónicas
- Falta de aire
- Sibilancia
- Apnea de sueño/Máquina CPAP/Oxígeno

Sangre/Líquido Ninguno

- Sangrado fuera de lo normal
- Anemia
- Hinchazón generalizada
- Antecedentes de coágulos

Gastrointestinal Ninguno

- Estreñimiento
- Diarrea
- Náuseas
- Sangrado estomacal
- Sangrado rectal
- Dolor estomacal
- Pérdida de control de los intestinos

MEDICAMENTOS PREVIOS PROBADOS				
X	GENÉRICO (NOMBRE DE MARCA)	AYUDÓ	NO AYUDÓ	EFFECTOS SECUNDARIOS?
	OVER THE COUNTER			
	Acetaminophen (Tylenol, Excedrin)			
	Ibuprofen (Advil, Midol, Motrin)			
	Naproxen (Aleve, Naprosyn, Anaprox)			
	PRESCRIPTION NSAIDS			
	Celecoxib (Celebrex)			
	Diclofenac (Arthrotec, Cataflam, Voltaren)			
	Diflunisal (Dolobid)			
	Indomethacin (Indocin)			
	Ketorolac (Toradol, Oruvail)			
	Meloxicam (Mobic)			
	TOPICALS			
	Diclofenac (Pennsaid, Voltaren Gel)			
	Lidocaine Patches / Gel			
	MUSCLE RELAXANTS			
	Baclofen (Lioresal, Gablofen)			
	Cyclobenzaprine (Flexeril)			
	Carisprodol (Soma)			
	Diaxepam (Valium)			
	Metaxalone (Skelaxin)			
	Methocarbamol (Robaxin)			
	Orphenadrine (Norflex)			
	Tizanidine (Zanaflex)			
	ANTI-DEPRESSANTS			
	Amitriptyline (Elavil)			
	Duloxetine (Cymbalta)			
	Milnacipran (Savella)			
	Nortyptiline (Pamelor)			
	Venlafaxine (Effexor)			
	ANTI-SEIZURE MEDICATIONS			
	Gabapentin (Neurontin, Gralise)			
	Pregabalin (Lyrica)			
	Topiramate (Topamax)			
	SHORT ACTING OPIATES			
	Codeine (Tylenol #3)			
	Hydrocodone (Norco, Vicodin, Lortab)			
	Hydromorphone (Dilaudid)			
	Morphine Sulfate			
	Oxycodone (Oxy IR, Percocet)			
	Oxymorphone (Opana IR)			
	Tapentadol (Nucynta)			
	Tramadol (Ultram, Ultracet)			
	LONG ACTING OPIATES			
	Buprenorphine Patch (Butrans)			
	Fentanyl Patch (Duragesic)			
	Hydrocodone ER (Zohydro ER)			
	Hydromorphone ER (Exalgo)			
	Methadone Hydrochloride (Dolophine)			
	Morphine sulfate ER (Avinza, Kadian, MS Contin)			
	Oxymorphone ER (Opana)			
	Oxycodone ER (OxyContin, Xtampza)			

TRATAMIENTOS ANTERIORES PRBADOS				
X	TRATAMIENTO	AYUDÓ	AYUDÓ UN POCO	NO AYUDÓ
	<i>Hot Pack</i>			
	<i>Hielo</i>			
	<i>Fisioterapia</i>			
	<i>Unidad de Tens</i>			
	<i>Tracción / Inversión</i>			
	<i>Quiropráctica</i>			
	<i>Masaje</i>			
	<i>Acupuntura</i>			
	<i>Programa de Ejercicio en el Hogar</i>			
	<i>Yoga / Tai Chi</i>			
	<i>Meditación</i>			
	<i>Asesoramiento</i>			
	<i>Inyecciones de punto de disparo</i>			
	<i>Inyecciones epidurales de esteroides</i>			
	<i>Facet Injections / RFA</i>			
	<i>Estimulador de la médula espinal</i>			
	<i>Inyecciones conjuntas SI</i>			
	<i>Otras inyecciones articulares</i>			
	<i>Bloques nerviosos</i>			
	<i>Proloterapia</i>			
	<i>Célula madre</i>			
	<i>Otro:</i>			

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Reseña escrita por el médico: _____ Fecha: _____

Lista de Medicinas

Para Paciente,

Cada año a través de todos los Estados Unidos, aproximadamente 2.3 millones de personas se enferman o recaen con síntomas adversos a causa de la terapia medicinal. Estos eventos de síntomas adversos atribuyen a que el 4.7% de los casos sean hospitalizados, con gastos de hasta \$3.8 millones de dólares cada año.

Aquí en nuestras clínicas de Idaho Physical Medicine and Rehabilitation y en el Centro de Cirugía, las medicinas que se les da a los pacientes es algo que tomamos muy en serio. Nosotros creemos que usted es una llave clave de nuestro equipo que se necesita para obtener una lista correcta de todas sus medicinas. Esta lista incluye el nombre, dosis, y frecuencia de las medicinas que toma. Nosotros sabemos que esta información es difícil y muy detallada para recordar por eso le pedimos que traiga todos los frascos de medicinas (incluyendo vitaminas, hierbas medicinales, cremas especiales, o lociones, laxantes, y cualquier remedio que usted consume) cuando asista a su cita de doctor. En caso que no sea posible de traer los frascos de medicina, por favor anote toda la información de sus medicinas en la forma incluida con esta carta.

Cuando usted se presente a su cita en la clínica o en el centro de cirugía, se le pedirá que se revise la información que nosotros tenemos tocante a sus medicinas en nuestro archivo medico y haremos los cambios necesarios basado en los frascos de medicina o la información en su lista. Nosotros estamos dedicados a proveer el cuidado más alto de calidad y más seguro, y apreciamos su cooperación en apoyarnos en cumplir con esta meta. Por favor de llamar a los números de teléfonos (208)287-6550 para mas información.

Sinceramente,
LOS MEDICOS DE IPMR

IPMR Política financiera

ASEGURADO

Participamos en la mayoría de los principales planes de salud. Tenemos contratos con muchos HMO,pp,, compañías de seguros y agencias gubernamentales, incluyendo Medicare y Medicaid. Nuestra oficina de negocios presentará reclamos por cualquier servicio prestado a un paciente que sea miembro de uno de estos planes y le ayudará de cualquier manera que razonablemente podamos para ayudar a que se paguen sus reclamos. Es responsabilidad del paciente proporcionar toda la información necesaria antes de salir de la oficina. Si usted tiene un seguro secundario, presentaremos automáticamente una reclamación con ellos tan pronto como el transportista principal haya pagado. Es posible que su compañía de seguros necesite que usted proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud.

Debe presentar su tarjeta de seguro en el momento de su cita.

Si usted está asegurado por un plan, hacemos negocios con pero no tenemos una tarjeta de seguro con usted, se requiere el pago completo por cada visita hasta que podamos verificar su cobertura.

Si usted es miembro de un plan de seguro con el que no participamos, el pago total se debe en el momento del servicio

Servicios no cubiertos y fuera de la red:

Los servicios médicos que su compañía de seguros considere que no están cubiertos, están fuera de la red o no son médicamente necesarios serán su responsabilidad.

SIN ASEGURAR

Si usted no tiene seguro médico grupal o individual, se espera el pago de todos los servicios profesionales en el momento de su visita. Usted será elegible para un descuento de pago rápido como se describe en la política de descuento de IPMR Prompt Pay.

ACCIDENTES DE VEHICULO MOTOR (MVA)

IPMR verificará el pago de medicamentos en reclamos de MVA de primera parte y, si está disponible, presentará reclamaciones en su nombre hasta que la primera reclamación se agote. No realizamos ninguna facturación de terceros, y todas las reclamaciones se consideran su responsabilidad por el pago en su totalidad. Sin embargo, a petición suya, presentaremos una reclamación a su compañía de seguro médico principal. Usted puede recibir un cuestionario de accidente de la compañía de seguros para ser completado y devuelto. Si el cuestionario no se devuelve a su compañía de seguro médico y/o recibimos una denegación de su reclamo, usted será responsable del pago total.

COMPENSACION DE WORKMAN

Es su responsabilidad proporcionar a nuestro personal de oficina el nombre del empleador, el número de reclamo, el trabajador del caso y la autorización previa si es necesario. Si la compañía de seguros de compensación de trabajadores niega la reclamación, entonces se convierte en su responsabilidad. A petición suya, enviaremos la reclamación a su compañía de seguro médico principal con una copia de la denegación del seguro de compensación de los trabajadores. Si se deniega el reclamo de su compañía de seguros médicos primaria, usted será responsable del pago total. Tenga en cuenta que no aceptamos compensación de trabajadores fuera del estado.

NO PAGO

Todos los saldos responsables del paciente que permanezcan morosos después de 90 días, sin respuesta a nuestras solicitudes de pago, pueden ser remitidos a una agencia de cobro. Tenga en cuenta que si un saldo permanece sin pagar, usted y/o sus familiares inmediatos pueden ser dados de alta de esta práctica. Si esto ocurre, se le notificará por correo regular y certificado que tiene 30 días para encontrar atención médica alternativa. Durante ese período de 30 días, nuestro médico solo podrá tratarlo solo para problemas emergentes.