Brace Yourself

1510 Taylor Plaza E

Ph: 620-805-6500

Fax: 620-277-7834

**Hoja de paciente**

**Nombre de la paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ macho/hembra**

**Dirección de la casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ciudad/Estado/Código postal): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ teléfono celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Empleador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ teléfono de trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ el mejor momento para contactar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número de seguro social:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estado civil: M S D W**

**Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Médico de referencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cómo ocurrió la herida : \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **fecha de accidente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tipo de accidente: trabajo** **casa auto otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Cómo se enteraron de nosotros: TV radio impresión Internet Walk-in otros**

**Información de contacto de emergencia:**

**Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ la relación con usted:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ teléfono celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Por la presente autorizo a **Brace Yourself** a liberar y/o discutir información sobre mi (es) diagnóstico (es) médico (es) incluyendo los resultados de las pruebas, medicamentos, recetas, planes de tratamiento, hospitalizaciones, facturación u otra atención médica pertinente información a las personas enumeradas a continuación. Reconozco que puedo limitar el alcance de esta autorización y lo estoy haciendo aquí:

 **Nombre Relacion con el paciente**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Nombre Relación con el paciente**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Teléfono/dirección teléfono/dirección**

**Información de garantía del equipo**

Brace Yourself respetará todas las garantías de los fabricantes bajo la ley estatal aplicable. Además, el manual del fabricante se proporcionará a todos los beneficiarios de alquiler para todos los equipos médicos duraderos proporcionados.

Si algún artículo entregado a un beneficiario de alquiler es subestándar o inadecuado, Brace Yourself aceptará la devolución del artículo o intercambiará el artículo. Usted no será responsable del pago de la reparación o el servicio de su equipo de oxígeno suministrado por Brace Yourself.

**Cesión de beneficios (AOB)**

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se me hagan a mí o en mi nombre para prepararse para equipos médicos duraderos y suministros ordenados por mi médico. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a que libere al centro de servicios Medicaid de Medicare y a su agencia cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios a pagar por los servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que el pago se realiza y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar la reclamación. Si "otro seguro" está indicado en el punto 9 del formulario de reclamo del CMS-1500, o en cualquier otro lugar en el formulario de reclamo aprobado o en reclamos presentados electrónicamente, mi firma autoriza la publicación de la información a la aseguradora o agencia indicada. En los casos asignados por Medicare, el proveedor acuerda aceptar el cargo de determinación del transportista de Medicare como el cargo completo, y el paciente es responsable sólo por el deducible, el coseguro y los artículos no cubiertos. El coseguro y el deducible se basan en la determinación del cargo a la aerolínea de Medicare.

**Proporcionar información correcta y liberación de información**

Certifico que la información que proporciono es verdadera y correcta. Sé que es un crimen llenar este formulario con hechos que sé que son falsos o para dejar fuera hechos que son importantes. Por la presente autorizo a Brace Yourself a presentar una reclamación a mi aseguradora o a sus intermediarios para todas las recetas cubiertas o equipo médico duradero y autorizar y dirigir mi aseguradora o sus intermediarios para emitir el pago directamente para prepararse. Por la presente autorizo a Brace Yourself a proporcionar la información completa solicitada por mi aseguradora o sus intermediarios en relación con los servicios prestados. Además, acepto que soy responsable de pagar mis copagos o saldos que permanecen después de que se hayan efectuado los pagos del seguro, incluyendo cualquier costo de cobro o cargo legal incurrido para cobrar estos saldos.

|  |  |
| --- | --- |
| X |  |

**Firma del cliente/cuidador si el cuidador, relación con el paciente**

|  |  |
| --- | --- |
| X |  |

**La firma del testigo** **Fecha**

*Este formulario se mantuvo en el registro del paciente*

**Equipo/suministros proporcionados**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Qty.** | **Descripción/HCPC** | **Serie/lote/modelo no.** | **Monto/cargo** | **Cantidad de copago** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Monto total adeudado:** |  | **\*\*** |

**\* \* Pendiente de verificación del seguro**

Certifico que he recibido todos los equipos y suministros enumerados anteriormente en excelentes condiciones. He sido debidamente instruido sobre cómo usar y cuidar adecuadamente el equipo y los suministros. También entiendo que en el caso de que el pago de mi co-seguro o montos deducibles no son realizados por mi (s) compañía (es) de seguros, seré responsable de reembolsar a Brace Yourself cualquier saldo adeudado hasta la cantidad permitida.

Autorizo a cualquier empleado de Brace Yourself a ponerse en contacto conmigo por teléfono con respecto al equipo y los suministros que he recibido, artículos adicionales o suministros que pueda necesitar y para discutir cualquier información de facturación y/o cuentas por cobrar.

|  |  |
| --- | --- |
| X |  |

**Firma del cliente/cuidador si el cuidador, relación con el paciente**

|  |  |
| --- | --- |
| X |  |

**La firma del** **testigo** **Fecha**

*Este formulario se mantuvo en el registro del paciente*

**Acuse de recibo**

**Nombre del cliente: Fecha**

**Artículo (s) recibido:**

**He recibido la siguiente información:**

Horas de operación y cómo contactarnos

Bienvenido

Derechos y responsabilidades

Procedimiento de queja/preparación de emergencia

Información de seguridad en el hogar

Notificación de privacidad del paciente

Cesión de beneficios

Información de garantía del equipo

Equipo/suministros proporcionados

**Materiales educativos e instructivos provistos con cada artículo, como un manual de usuario o los materiales educativos proporcionados por el fabricante**

**Para clientes de Medicare** *cuando sea aplicable***:**

Artículos de bajo costo o comprados rutinariamente

Capped Alquiler

ABN (sólo cuando se indique)

**Para todos los clientes de Medicare:**

30 normas de proveedores CMS

Entiendo que debo contactar con Brace Yourself de cualquier cambio en mi condición o si estoy hospitalizada

|  |  |
| --- | --- |
| X |  |

**Firma del cliente/cuidador si el cuidador, relación con el paciente**

|  |  |
| --- | --- |
| X |  |

**La firma del testigo** **Fecha**

*Este formulario se mantuvo en el registro del paciente*