

## ***IRVING ORTHOPEDICS & SPORTS MEDICINE***

Gracias por elegir a Irving Orthopedics & Sports Medicine como su proveedor medico. Estamos comprometidos a que su tratamiento sea un exito. Por favor entienda que el pago de los servicios es considerado como parte de su tratamiento tambien. Lo siguiente es informacion sobre nuestra Poliza Financiera, lo cual requerimos que usted lea, entienda y firme antes de su tratamiento.

**El pago completo se debe en el dia y tiempo de el servicio.  
Aceptamos dinero en efectivo, cheques o Visa/Mastercard/American Express  
Ofrecemos planes de pago extendidos con aprobacion.**

### **ASEGURANZA**

Aceptamos su aseguranza en la primera visita y requerimos que pague su porcion de el tratamiento en el dia de servio ( i.e. deducible, copay). Si por alguna razon su aseguranza no paga los servicios y tratamiento usted sera responsable por el pago complete y le mandaremos una carta con el balance de la visita. Haremos todo lo necesario y requerido para facilitar el reclamo de la aseguranza para recibir el pago. Para esto es muy necesario que usted nos de la informacion de su aseguranza y cualquier otra informacion o documentos relacionados con su visita medica (i.e. reporte de accidente, aseguranza secundaria, documentos de compensacion al trabajador). Su poliza de aseguranza es un contrato entre usted y su companina de aseguranza. Por favor tenga en mente que hay la posibilidad que su aseguranza negue el pago de su tratamiento o algunos cargos que nosotros pensemos sean medicamente necesarios-declarando que el tratamiento no es necesario o no cubierto bajo su aseguranza. Si esto llegara a ocurrir usted sera responsable por el balance total de su visita y todos los cargos acumulados. Si dentro de 90 dias no ha dado ningun pago queremos que entienda que tenemos el derecho de mandar su balance a una agencia de colecciones.

Por la presente, instruir y dirigir mi compania de seguros pagar por cheque a: Irving Orthopedics & Sports Medicine o si mi seguro prohíbe el pago directo al medico, instruyo que el pago este hecho a mi nombre y mandado de la siguiente direccion: 2120 N MacArthur Ste 100, Irving, TX 75061

Cualquier pago que sea su responsabilidad o deducible de acuerdo a la aseguranza sera colectado antes de el tratamiento. En el evento que su aseguranza cambie a un plan diferente y no la tomemos o estemos en su lista de proveedores se aplicara lo dicho en el parrafo anterior sobre el pago de su tratamiento.

Una fotocopia de esta cesion se considerara como eficaz y valida como la original

Yo autorizo a mi medico para iniciar una queja en mi nombre al Comisionado de Seguros, por cualquier motivo

### **CUOTAS ACOSTUMBRADAS Y APROPIADAS**

Nuestra clinica esta comprometida a darle el mayor servicio y tratamiento posible. Los cobros en nuestra clinica son cobros que son razonables y lo acostumbrado para nuestra area de especialidad. Usted es responsable por cualquier pago o cargos que su aseguranza piense que sean su responsabilidad o que ellos neguen pagar.

### **PAGO PRIVADO**

Hay un deposito minimo de \$250.00 (efectivo y tarjetade de credito y no aceptamos cheque) para pacientes sin asenguranza que se debiera pagar en la primera visita antes de entrar con el doctor. Si los cargos de la visita acumulan a mas de el deposito minimo le mandaremos una carta con el balance restante. Si el balance no es pagado en menos de 90 dias su cuenta sera submita a una agencia de colecciones.

### **PACIENTES MENORES**

El acompañante adulto de el paciente menor, padres o guardian seran responsables por el pago de tratamiento. Cualquier tratamiento que no sea de emergencia para un menor sin acompañante mayor sera negado al menos que el tratamiento halla sido previamente autorizado con una plan de tarjeta credita; VISA/MasterCard, pago en efectivo o cheque. El menor tambien debe tener un consentimiento firmado de los padres o guardian que autoriza el tratamiento de el medico.

### **CITAS FALLADAS**

De acuerdo a nuestra poliza usted debiera de darnos una notification de al menos 24 horas si usted no podra asistir a su cita. Si no nos da alguna notification tenemos el derecho de cobrarle la cita como cualquier cita normal; al menos que halla surgido alguna emergencia. Por favor ayudenos a servirlo mejor manteniendo sus citas.

### **CHEQUES RETORNADOS**

Se aplicara un cargo de \$30.00 por culquier cheque retornado.

**GRACIAS POR ENTENDER NUESTRA POLIZA FINANCIERA. POR FAVOR DEJENOS SABER SI TIENE ALGUNA PREGUNTA. AL FIRMAR LO SIGUIENTE USTED COMPRENDE Y ESTA DE ACUERDO CON LA POLIZA FINACIERA.**

\_\_\_\_\_  
Firma de el Paciente o person responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

Robert E. Bayless, M.D.  
Steven B. Sanders, M.D.  
R. Mills Roberts, M.D.  
John G. Westkaemper, M.D.  
Mark A. Kazewych, M.D.  
Yong T. Pak, M.D.



Orthopedic Surgery  
Sports Medicine  
Arthroscopy  
Joint Replacement  
Fracture Care  
Hand & Upper Extremity Care  
Comprehensive Back & Neck Care  
Open MRI & Bone Densitometer

### Forma de Autorizacion de el Paciente para el Representante Designado que Apelara una Determinacion

PARA: \_\_\_\_\_  
[Nombre de su Aseguranza]  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de el Miembro: \_\_\_\_\_

Member #: \_\_\_\_\_

Yo le otorgo autorizacion a Irving Orthopedics & Sports Medicine/Southwest Spine Institue que  
apele a \_\_\_\_\_ sobre la determinacion que hicieron  
[Nombre de Aseguranza]

con mi cubro de cuidado medico en el dia/dias \_\_\_\_\_, como mi  
[Fecha(s) de servicio]

Representante Desiganado y como parte de mi apelamiento, yo autorizo que  
\_\_\_\_\_ mande cualquier carta de decision o informacion que este  
[Nombre de Aseguranza]

relacionada con el proceso de mi reclamo medico y que se comunique con mi Representante  
Desigando en cada aspecto de mi apelamiento. Yo entiendo que estas comunicaciones pueden  
contener informacion medica y financiera que este relacionada con el apelamiento.

Yo entiendo que esta informacion es privilegiada y es confidencial y sera distribuida  
especificamente como lo dice en esta autorizacion, o como sea requiera o sea permitida por la  
ley. Esta autorizacion es valida por el periodo de un año.

\_\_\_\_\_  
Nombre de el Miembro o Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Firma de el Representante Designado

\_\_\_\_\_  
Nombre de el Representante Designado

Robert E. Bayless, M.D.  
Steven B. Sanders, M.D.  
R. Mills Roberts, M.D.  
John G. Westkaemper, M.D.  
Mark A. Kazewych, M.D.  
Yong Pak, M.D.



Orthopedic Surgery  
Sports Medicine  
Arthroscopy  
Joint Reconstruction  
Hand and Upper Extremity Care  
Comprehensive Neck & Back Care  
Open MRI and Bone Densitometer

## Asistente Medico/a Consentimiento Para Tratamiento

Esta clinica tiene a asistentes medicos para asistirlo a usted y el doctor con su cuidado medico.

Un asistente medico no es un medico. Un asistente medico es un asistente graduado, certificado y entrenado en un programa acreditado por el comite de el estado. Bajo la supervision de un medico, un asistente medico puede diagnosticar, tratar y monitoriar enfermedades menores o cronicas al igual como proveer cuidado de mantenimiento medico.

“Supervision” no requiere la constante presencia de el medico supervisante, pero si requiere que el medico tome la responsabilidad por cualquier actividad o servicio medico que se le de o administre.

Un asistente medico le puede ofrecer cualquier servicio medico que este dentro de su educacion, entrenamiento medico o experiencia. Estos servicios pueden incluir pero no limitados a lo siguiente:

- Obtener historia medica y realizar examen fisico
- Ordenar y/o realizar procedimientos diagnosticos o terapeuticos
- Formular un diagnostico
- Revelar y implementar un plan de tratamiento
- Monitoriar la efectividad de intervenciones terapeuticas administradas
- Asistir en cirugias
- Ofrecer consejos y educacion medica
- Darle muestras de medicamento o prescripciones ( las que sean permitidas por la ley solamente)
- Rreferendolo a donde sea necesario dependiendo su diagnostico.

He leido la informacion y entendido que algunos servicios medicos pueden ser realizados por un asistente medico.

Entiendo que en cualquier momento durante la visita medica puedo solicitar ver a un medico.

Nombre:	Fecha:
Firma:	Testigo: (Opcional)

## CONSENTIMIENTO MEDICO PARA TRATAMIENTO A UN MENOR

La firma proxima da consentimiento para que el menor de 18 años nombrado proxicamente sea diagnosticado y reciba tratamiento por el Dr. \_\_\_\_\_  
o a cualquier persona(s) que el designe como asistente.

1. Nombre de el menor (emprima el nombrè) \_\_\_\_\_

Nombre de Padres/ Manejador Conservador/Guardian (emprima) \_\_\_\_\_

2. Relaciòn the el firmante hacià el menor:

\_\_\_\_\_ Padre

\_\_\_\_\_ Manejador Conservador

\_\_\_\_\_ Conservador Procesador

\_\_\_\_\_ Guardian de la persona

\_\_\_\_\_ Abuelo

\_\_\_\_\_ Hermano/a, de 18 años o mayor

\_\_\_\_\_ Juèz de la Corte que tiene jurisdicciòn de el paciente

\_\_\_\_\_ Persona mayor de 18 años responsable por el cuidado y tratamiento de el menor bajo el jurisdicciòn de la corte juvenile.

\_\_\_\_\_ Commisiòn de Jovenes de Texas

\_\_\_\_\_ Instituciòn educacional en la que el menor esta registrado y ha recibido autorizaciòn escrita de una person autorizada por la ley que da consentimiento para cuidado medico (Por favor de darnos una copia de la autorizaciòn)

\_\_\_\_\_ Persona mayor de 18 años la cual tiene control sobre el cuidado de el menor y autorizaciòn por escrita por una persona autorizada para dar la autorizaciòn para consentirle cuidado medico al menor (Por favor de darnos una copia de autorizaciòn)

\_\_\_\_\_ La persona que tiene el poder de consentimiento no puede ser contactada y una nota actual que diga lo contrario no ha sido dada por la persona.

3. Razonès por las cuales el menor tiene la capacidad para consetir su propio tratamiento medico:

\_\_\_\_\_ Activo el los servicios armadas.  
de E.U.A

\_\_\_\_\_ Embarazada y Soltera (no casada)

\_\_\_\_\_ Por una donaciòn de sangre

\_\_\_\_\_ Es mayor de 16 años y vive  
independientemente

\_\_\_\_\_ Por dependencia quimica

\_\_\_\_\_ Por una efermedad veneria reportable

4. Brevemente expliquè la razon por la cual el menòr necesita tratamiento medicò, incluya cualquier emergencia que tenga que ver con daños inmediatos hacia el menor y que pueda causar complicacionès en el futuro:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Yo autorizo cualquier diagnostico diferentè o tratamiento adicional que el medico piense sea necesario para este menor.

6. Fecha en la que el diagnostico o tratamiento deberà empezar: \_\_\_\_\_

7. Yo certifico que he leido y comprendido completamente y doy mi consentimiento, tambien que he dado mis explicaciònès correctas en lo dicho anteriormente y que lei este documento y lo llenè antes de firmarlo.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha