

Mid Florida Ortho Kissimmee-Melbourne, LLC

2571 West Eau Gallie Blvd, Suite 1, Melbourne, FL 32935

Phone: (321) 221-5660 Fax: (321) 221-5661

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha del accidente: _____

Por favor, indique cómo comenzó su problema actual: ☐ De repente ☐ Gradualmente ☐ Al agacharse ☐ Al estar de pie ☐ Al caminar ☐ Al levantar

☐ Al sentarse ☐ Al tirar ☐ Al girar ☐ Caída ☐ Accidente de tráfico ☐ Lesión laboral ☐ Otro _____

Describa detalladamente cómo se produjo la lesión, el accidente o la afección crónica:

¿Sus síntomas se localizan principalmente en: ☐ Espalda ☐ Pierna ☐ Cadera ☐ Rodilla ☐ Tobillo ☐ Cuello ☐ Brazo ☐ Hombro ☐ Codo

☐ Muñeca ☐ Otra parte? _____

¿Siente algún dolor que se irradia al brazo o a la pierna? ☐ Sí ☐ No

¿Dónde va?: ☐ brazo (izq. o der.) ☐ pierna (izq. o der.) ☐ manos (izq. o der.) ☐ pies (izq. o der.)

¿Siente entumecimiento u hormigueo en el brazo o la pierna? ☐ Sí ☐ No ¿Dónde? _____

¿Alguna debilidad en el brazo o la pierna? ☐ Sí ☐ No ¿Dónde? _____

¿El dolor le impide dormir por la noche? ☐ Sí ☐ No

¿Cuánto tiempo lleva presentando estos síntomas? ☐ < 2 meses ☐ 2-6 meses ☐ 6-12 meses ☐ > 1 año

El dolor es: ☐ Constante ☐ Va y viene ☐ Otro: _____

Qué alivia el dolor: ☐ Reposo ☐ Hielo ☐ Calor ☐ Medicamentos ☐ Cambiar de posición ☐ Acostarse

☐ Sentado ☐ De pie ☐ Otro _____

¿Qué empeora el dolor? ☐ Sentarse ☐ Estar de pie ☐ Caminar ☐ Levantar objetos ☐ Girar la cabeza hacia la izquierda

☐ Girar la cabeza hacia la derecha ☐ Mirar hacia arriba/abajo ☐ Inclinarsse hacia atrás ☐ Inclinarsse hacia adelante ☐ Durante el ejercicio ☐

Después del ejercicio ☐ Tirar ☐ Empujar ☐ Acostarse ☐ Ponerse en cuclillas Otro _____

Tratamientos y pruebas previas

¿Consultó con otro médico por este problema? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿quién (enumere todos)? _____

¿Qué medicamentos ha tomado para este problema? ☐ relajante muscular ☐ analgésico ☐ antiinflamatorio (con receta o sin receta) ☐ Otro: ¿Qué

pruebas se ha realizado? ☐ Tomografía computarizada

☐ Resonancia magnética ☐ Radiografía ☐ Electromiografía ☐ Otro ¿Recibió fisioterapia /

tratamiento quiropráctico? ☐ Sí ☐ No ¿Los tratamientos mejoraron sus síntomas? ☐ Sí ☐ No ¿Le

han aplicado alguna inyección para este problema? ☐ Inyección epidural de

esteroides ☐ Inyección facetaria ☐ Inyección de punto gatillo ☐

Radiofrecuencia ☐ Bloqueo de rama medial ☐ Inyección sacroilíaca ☐ Otro: ¿Ha sido _____

sometido a alguna cirugía previa por este problema? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, describa: _____

Antecedentes quirúrgicos:

Enumere las CIRUGÍAS PREVIAS a las que se ha sometido y las fechas:

Mid Florida Ortho Kissimmee-Melbourne, LLC

2571 West Eau Gallie Blvd, Suite 1, Melbourne, FL 32935

Phone: (321) 221-5660 Fax: (321) 221-5661

Antecedentes médicos:

Enumere aquí todas las afecciones médicas preexistentes de las que tenga conocimiento, incluyendo, entre otras, cualquier lesión previa en la(s) zona(s) de su cuerpo para la(s) que busca tratamiento:

Marque esta casilla si alguna vez ha tenido alguno de los siguientes síntomas:

☐ Enfermedad de Alzheimer	☐ Asma	☐ Ansiedad	☐ Fibrilación auricular	☐ Trastornos hemorrágicos
☐ Coágulos de sangre	☐ Bronquitis	☐ Cáncer	☐ Insuficiencia cardíaca congestiva	☐ EPOC
☐ Desfibrilador	☐ Depresión	☐ Diabetes	☐ Enfermedad de las arterias coronarias	☐ Enfisema
☐ Reflujo gastroesofágico	☐ Gota	☐ Corazón Ataque	☐ Enfermedades cardíacas	☐ Soplo cardíaco
☐ Hepatitis	☐ VIH/SIDA	☐ Convulsiones	☐ Hipertensión arterial	☐ Colesterol alto
☐ Enfermedad hepática	☐ Osteoporosis	☐ Marcapasos	☐ Enfermedad renal	☐ Arteria periférica Enfermedad
☐ Fiebre reumática	☐ Dormir Trastornos	☐ Accidente cerebrovascular	☐ TIA	☐ Enfermedad tiroidea
¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO ALGUNO POR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?				
☐ Dolor de tobillo	☐ Dolor de codo	☐ Dolor de cadera	☐ Dolor de rodilla	☐ Dolor lumbar
☐ Dolor en la parte media de la espalda	☐ Dolor de cuello	☐ Dolor de muñeca	☐ Dolor de hombro	

Por favor, enumere TODOS los medicamentos que esté tomando actualmente (incluidos los de venta libre, las vitaminas y los medicamentos a base de hierbas).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIFICACIÓN	FRECUENCIA

¿Tiene alguna ALERGIa a algún medicamento? ☐ NO SE CONOCEN ALERGIAS A MEDICAMENTOS

En caso afirmativo, enumere cualquier ALERGIa que tenga a alimentos, medicamentos y el tipo de reacción:

Historia social:

¿Fumas? ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo, ☐

diariamente ☐ semanalmente ☐ mensualmente y ¿cuántos?

_____ Cigarrillos/día

_____ Paquetes/día

¿Bebe alcohol? ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo: ☐

diariamente ☐ semanalmente ☐ mensualmente y cuánto ¿Trabaja? ☐

No ☐ Sí En caso afirmativo, ¿cuál es su

ocupación? ¿Su dolencia actual afecta su

capacidad para trabajar? ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo, ¿cómo le limita?

Mid Florida Ortho Kissimmee-Melbourne, LLC

2571 West Eau Gallie Blvd, Suite 1, Melbourne, FL 32935

Phone: (321) 221-5660 Fax: (321) 221-5661

Revisión de las quejas actuales: ¿Presenta actualmente alguno de los siguientes síntomas?

PROBLEMA	NO	SI	POR FAVOR EXPLIQUE A CONTINUACIÓN
GENERAL: Fiebre, pérdida de peso, dificultad para dormir.			
PIEL: Erupciones, abrasiones, hematomas, bultos/bultos			
OJOS: Cambios en la visión: visión borrosa o doble.			
Otorrinolaringología: Zumbido en los oídos, dificultad para mantener el equilibrio.			
NEURO: Migrañas/Dolores de cabeza, Convulsiones, Mareos, Nuevo Aparición de ansiedad/depresión, pérdida de memoria.			
CORAZÓN: Dolor en el pecho, hinchazón de tobillos, palpitaciones.			
RESP: Tos, dificultad para respirar, sibilancias			
Sistema gastrointestinal: Náuseas, vómitos, cambios en el apetito, úlceras.			
GU: Dificultad para orinar, incontinencia, cambios en el tránsito intestinal.			
Dolor de cuello o espalda, dolor irradiado, entumecimiento			
Dolor en hombro, rodilla, brazo, pierna, codo, cadera, tobillo			
Debilidad en cualquier extremidad			
Problemas reproductivos o sexuales			

Historia familiar:

¿Alguno de sus familiares tiene antecedentes de alguna de las siguientes afecciones?

PROBLEMA	NO	SI
Ansiedad/Depresión		
Artritis o dolor articular		
Diabetes		
Hipertensión		
Problemas cardíacos		
Problemas de tiroides		
Problemas psiquiátricos		
Trastornos hemorrágicos		
Cáncer		
Epilepsia		
Reacción adversa a la anestesia		

Mid Florida Ortho Kissimmee-Melbourne, LLC

2571 West Eau Gallie Blvd, Suite 1, Melbourne, FL 32935

Phone: (321) 221-5660

Fax: (321) 221-5661

¿Dónde sientes el dolor ahora?

Indique en la tabla a continuación el porcentaje de dolor que experimenta en promedio en la parte del cuerpo correspondiente y marque el dolor en dicha zona: Porcentaje total = 100 %

Diagram illustrating the body areas for pain assessment. The diagram shows two human figures, one labeled 'Right' and one labeled 'Left'. The 'Right' figure is on the left, and the 'Left' figure is on the right. The 'Right' figure is labeled 'Right' at the bottom left, and the 'Left' figure is labeled 'Left' at the bottom center. The 'Right' figure is labeled 'Right' at the bottom right. The diagram includes a legend for pain types:

- Stabbing Pain ///
- Burning Pain OOO
- Aching Pain XXX
- Pins & Needles VVV
- Numbness ---

Por favor, marque con una "X" en la cara la opción que mejor describa su grado general de dolor.

Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale

Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale

0 2 4 6 8 10

No Hurt Hurts Little Bit Hurts Little More Hurts Even More Hurts Whole Lot Hurts Worst

Mid Florida Ortho Kissimmee-Melbourne, LLC

2571 West Eau Gallie Blvd, Suite 1, Melbourne, FL 32935

Phone: (321) 221-5660

Fax: (321) 221-5661

Nombre de pila:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	Género: ☐ Masculino ☐ Femenino
Dirección:			Ciudad, estado, código postal:
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	Estado civil: ☐ Casado/a ☐ Soltero/a ☐ Divorciado/a ☐ En pareja ☐ Viudo/a	
Teléfono fijo:	Teléfono móvil:	Correo electrónico:	
¿Podemos habilitar el portal del paciente? (Obligatorio) ☐ Sí ☐ No			
¿Cuál es su método de contacto preferido? ☐ Teléfono fijo ☐ Teléfono móvil ☐ Correo electrónico ☐ Correo postal			
Ocupación: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Trabajador por cuenta propia ☐ Desempleado ☐ Jubilado			
Contacto de emergencia:	Número de teléfono de contacto:	Relación con el paciente: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hermano ☐ Padre ☐ Amigo	
¿Tiene una directiva anticipada o un testamento vital? ☐ No ☐ Sí (Por favor, proporcione una copia para nuestros archivos)			
Raza: ☐ Blanca ☐ Indígena americana ☐ Negro o afroamericano ☐ Otra raza: _____ ☐ Hispano ☐ Asiático de las Islas del Pacífico ☐ No reportado/Se niega a reportar			
Idioma preferido:	Etnia: ☐ Hispano ☐ no hispano ☐ No reportado/Se niega a reportar		
Por favor, indique el nombre de su farmacia según lo exige la ley: Nombre de la farmacia: Número de teléfono: DIRECCIÓN:			

Yo, el paciente mencionado anteriormente, por la presente nombro a Mid Florida Ortho Kissimmee-Melbourne, LLC, mi agente y representante bajo la Ley HITECH para todos los fines permitidos por dicha Ley, y bajo cualquier otra ley federal o estatal relativa a la obtención o producción de información o registros médicos. En cualquier caso, si mi agente antes mencionado solicita a cualquier otra persona o proveedor de atención médica información o registros médicos que hagan referencia a mí, se relacionen conmigo o me involucren, toda dicha información y registros deberán ser entregados de manera completa y oportuna a mi agente antes mencionado según lo exige la ley, y cualquier sanción, multa, daño u otra compensación disponible bajo la ley por la demora o negativa a entregarlos (tales como, pero no limitados a, daños legales, honorarios de abogados y costas) podrá ser reclamada por mi agente antes mencionado en su propio nombre y por su propio costo.

Firma del paciente _____

Mid Florida Ortho Kissimmee-Melbourne, LLC

2571 West Eau Gallie Blvd, Suite 1, Melbourne, FL 32935

Phone: (321) 221-5660 Fax: (321) 221-5661

Deseamos mantener información actualizada y completa aplicable a su tratamiento en nuestras instalaciones; por lo tanto, indique a continuación si cuenta con cobertura de seguro de automóvil o de seguro médico.

☐ Seguro de automóvil

Titular de la póliza: _____

Número de póliza: _____

Número de teléfono en el reverso de la tarjeta: _____

☐ Sí, tengo seguro médico.

Seguro Primario

Nombre del operador: _____

Número de póliza: _____

Seguro secundario

Nombre del operador: _____

Número de póliza: _____

☐ No, no tengo seguro médico.

IMPORTANTE:

Por favor, presente su tarjeta de seguro al personal de recepción.

¡Gracias!

Es posible que optemos por no facturar a su seguro médico, incluso si usted nos lo solicita o desea que lo hagamos, porque este consultorio no está afiliado a ninguna compañía de seguros médicos y, al recibir atención médica en este consultorio, usted acepta pagar la totalidad de las facturas que se le emitan con sus propios fondos.

Firma

Fecha

Nombre impreso

Mid Florida Ortho Kissimmee-Melbourne, LLC

2571 West Eau Gallie Blvd, Suite 1, Melbourne, FL 32935

Phone: (321) 221-5660 Fax: (321) 221-5661

Formulario de autorización para la divulgación de registros médicos

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Persona que solicita los registros y su relación: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono durante el día: _____

Al firmar este formulario, le autorizo a divulgar información confidencial de salud sobre mí, mediante la entrega de una copia de mi historial médico, o un resumen o una descripción de mi información de salud protegida, a la(s) persona(s) o entidad(es) que se enumeran a continuación.

Doy mi autorización para que mi información médica/notas médicas sean divulgadas y comentadas con las siguientes personas:

☒ Médico de atención primaria ☒ Médico remitente

☒ Abogado que me representa

☒ Mi compañía de seguros de automóviles / Seguro médico ☒ Entidad a la que me han remitido para recibir tratamiento

y, si estoy representado por un abogado, por favor envíe todos mis registros, documentos, Estimaciones de buena fe y estados de cuenta a mi abogado, como mi agente.

Otras personas con las que nos autoriza a hablar sobre su atención médica:

Nombre: _____

Relación: _____

Número de teléfono: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Número de teléfono: _____

Doy mi autorización para que mi información de salud protegida sea divulgada a la siguiente entidad:

Ortopedia Mid Florida Kissimmee-Melbourne, LLC

Devolver al número de fax:

☐ 321-325-6026

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

Mid Florida Ortho Kissimmee-Melbourne, LLC

2571 West Eau Gallie Blvd, Suite 1, Melbourne, FL 32935

Phone: (321) 221-5660 Fax: (321) 221-5661

Consentimiento para el tratamiento y asignación de beneficios

_____(Iniciales) Yo, el paciente mencionado o abajo firmante, acepto que la compañía/entidad de atención médica mencionada anteriormente con la que yo
Por la presente contrato, me comprometo a que no existe una obligación indelegable de proporcionarme atención médica sin negligencia. Por lo tanto, acepto que,
con respecto a cualquier reclamación que pueda tener o adquirir en relación con mi atención médica que incluya, total o parcialmente, una reclamación de
responsabilidad por conducta negligente o deficiente (ya sea por acción u omisión), libero a la mencionada compañía/entidad de atención médica y a sus empleados,
funcionarios, miembros y gerentes de toda responsabilidad, y me dirigiré exclusivamente al médico que me atienda o me opere para cualquier reclamación de
responsabilidad o daños.

_____(Iniciales) Por la presente doy mi consentimiento voluntario para la prestación de cuidados, incluyendo tratamiento, administración de anestesia y
Realización de procedimientos diagnósticos y/o quirúrgicos. Entiendo que estoy bajo el cuidado y la supervisión de médicos/proveedores que
son contratistas independientes de Mid Florida Ortho Kissimmee-Melbourne, LLC y es mi responsabilidad seguir las instrucciones de mis médicos/proveedores.

Consentimiento para el tratamiento de un menor

_____(Iniciales) Entiendo que el paciente mencionado anteriormente puede estar sufriendo una afección que requiere diagnóstico y atención médica.
Tratamiento que puede requerir pruebas adicionales y evaluación clínica. Con pleno conocimiento de todo lo anterior, por la presente doy mi consentimiento y
autorizo la realización en el paciente de la evaluación clínica y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por Mid Florida Ortho Kissimmee-
Melbourne, LLC.

Nombre del menor: _____

Firma del padre, madre o tutor legal: _____

Acuerdo financiero

_____(Iniciales) Además de todos los demás acuerdos que tengo o llegue a tener con este proveedor de atención médica, por la presente doy mi autorización
Autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente al proveedor y a los médicos y profesionales sanitarios que le presten asistencia. Entiendo que soy
responsable financieramente del pago total de todos los cargos, estén o no cubiertos por el seguro. En caso de no pagar el importe total, me comprometo a pagar
todos los gastos de cobranza y los honorarios razonables de los abogados. Por la presente, autorizo a este proveedor de atención médica a divulgar toda
la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Acepto que una fotocopia de este acuerdo tendrá la misma validez que el original.

_____(Iniciales) Si se va a utilizar un seguro médico como fuente de pago, entonces se debe obtener la autorización del seguro antes de un
El paciente es atendido. Si no informo a los proveedores de atención médica que me atienden sobre mi seguro actual o si el seguro es
rechazado por falta de autorización, acepto que seré responsable del pago total de todos los cargos facturados. Si no se obtiene la
autorización de la compañía de seguros antes de mi cita programada y aun así decido consultar con un proveedor de atención médica
aquí, seré responsable del pago total de la factura al momento del servicio. Sin perjuicio de lo anterior, autorizo a los proveedores
de atención médica aquí a no facturar a mi seguro médico por ningún servicio que se me preste, a discreción de los proveedores
de atención médica.

_____(Iniciales) He recibido o se me ha dado la oportunidad de recibir una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del paciente: _____

O Firma de la parte responsable: _____

CESIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente, autorizo y ordeno a ustedes, a todas las compañías de seguros que puedan proporcionarme algún beneficio, conjunta y solidariamente, a pagar directamente a Mid Florida Ortho Kissimmee-Melbourne, LLC d/b/a Mid Florida Ortho Kissimmee-Melbourne, LLC (en adelante, "MFO" o "Cesionario") las sumas que sean adeudadas al Cesionario por los servicios prestados por razón de accidente o enfermedad, y por cualquier otra factura emitida por el Cesionario, y a retener de cualquier beneficio de seguro en el que yo tenga o adquiera un derecho o interés en cualquier aspecto, las sumas que sean necesarias para satisfacer completamente los cargos de dicho Cesionario. Con respecto a la solicitud de beneficios o reembolso por servicios prestados personalmente por un médico u otro proveedor de atención médica que sea empleado o contratista de MFO, por la presente cedo a dicho(s) médico(s) u otro(s) proveedor(es) de atención médica que me presten cualquier servicio todos los derechos y beneficios que pueda tener o llegar a tener bajo cualquier seguro de protección contra lesiones personales/sin culpa ("PIP"), incluido el derecho a presentar directamente a dicha compañía aseguradora de PIP las facturas de reembolso por los servicios que se me hayan prestado. Dicha cesión por mi parte no implica la delegación de ninguna de las obligaciones que pueda tener bajo dicho seguro PIP.

Además, si alguno o todos dichos médicos o proveedores de atención médica autorizan a MFO, de cualquier manera, a facturar, recibir o procesar cualquier pago de PIP que he cedido por la presente en beneficio de alguno o todos dichos médicos u otros proveedores de atención médica, entonces en ese caso MFO será considerado simplemente un agente de facturación o una cámara de compensación para dichos médicos u otros proveedores de atención médica, independientemente de si dichas facturaciones para reembolsos o beneficios de PIP pueden parecer estar a nombre de MFO (y como tal, MFO actuará simplemente como agente de/para dichos médicos y otros proveedores de atención médica, en lugar de facturar o presentar reembolsos o beneficios de PIP en su propio nombre o derecho). Para complementar este proceso, otorgo específicamente a MFO un poder notarial que la convierte en mi apoderada para actuar como mi agente y facilitar los derechos y esfuerzos individuales de todos los médicos y otros proveedores de atención médica para procesar todas las solicitudes de pago y recepción de pagos de beneficios o reembolsos PIP a nombre y bajo el EIN de cualquier médico u otro proveedor de atención médica o su entidad de práctica, o a nombre y bajo el EIN de MFO como agente de facturación o cámara de compensación para todos los médicos u otros proveedores de atención médica, a elección de MFO, con todos los pagos PIP recibidos registrados en la cuenta del médico u otro proveedor de atención médica correspondiente como ingresos de dicho médico u otro proveedor de atención médica. Este poder notarial otorgado a MFO por mí en el presente es una concesión vinculada a un interés, es irrevocable y sobrevivirá al final de los servicios prestados a mí por un período de sesenta (60) meses. Independientemente de si tengo o no cobertura de seguro, o de si tengo o puedo tener derechos bajo alguna póliza de seguro, entiendo que soy y seguiré siendo personalmente responsable del pago íntegro de todas las facturas por los servicios prestados por el Cesionario y los proveedores de atención médica que sean empleados o contratistas del Cesionario. Esto constituye una cesión de mis derechos y beneficios en la medida de los servicios prestados por el Cesionario, pero no una delegación de ninguna obligación que pueda tener en relación con los beneficios que poseo, adquiero o cedo por la presente.

En caso de que cualquier compañía de seguros que pueda estar obligada a realizarme un pago en relación con los cargos realizados por el Cesionario o los proveedores de atención médica que puedan ser empleados o contratistas del Cesionario por los servicios prestados a mí, se demore o se niegue a realizar dicho pago por cualquier reclamación que yo pueda tener o que pueda existir a mi favor contra cualquier persona, autorizo al Cesionario y a los proveedores de atención médica que puedan ser empleados o contratistas del Cesionario a tramitar dicha reclamación ya sea en mi nombre o en el del Cesionario, y además autorizo al Cesionario a transigir, llegar a un acuerdo o resolver dicha reclamación de la manera que el Cesionario considere oportuna.

Dirección del pago

Por la presente, autorizo e instruyo a cualquier compañía de seguros y a todos mis agentes o representantes a pagar íntegramente al Cesionario el importe de todas las facturas por los servicios prestados. Sin perjuicio de cualquier otro término de este acuerdo o de cualquier otro acuerdo con el Cesionario, también me comprometo a pagar directamente al Cesionario, de forma inmediata, cualquier diferencia entre el total de los cargos y el importe pagado por cualquier compañía de seguros. Este acuerdo y el poder notarial anterior también autorizan al Cesionario a endosar cualquier cheque o giro que se le proporcione a mi nombre para el pago de los servicios prestados por el Cesionario o sus empleados, contratistas o agentes. El Cesionario es beneficiario expreso y tercero de las instrucciones que he dado en esta Cesión y puede hacer valer cualquiera o todas dichas instrucciones en su propio nombre y derecho, como si yo fuera el Cesionario quien buscara hacerlas valer.

Solicitud de registro y hoja de declaración del PIP

Por la presente, autorizo al Cesionario a divulgar la información solicitada que sea pertinente para mí de cualquier manera, a cualquier compañía de seguros o a cualquier otra persona(s). En relación con cualquier asunto que me concierna, mi salud o mi condición médica, de conformidad con la Sección 627.4137 de los Estatutos de Florida, solicito que se proporcione a este cesionario una copia del registro de PIP y de la hoja de declaración, que refleje los límites de la póliza disponibles en el momento de cualquier accidente en el que pueda estar involucrado, siempre que este lo solicite. Asimismo, autorizo a este cesionario a solicitar y recibir periódicamente, según lo considere necesario, una copia de mi registro de PIP y de todos los registros médicos relacionados conmigo. Si algún término o disposición de esta Cesión y Autorización o su aplicación a cualquier persona o circunstancia se determina, en cualquier medida, como inválido o inaplicable, el resto de esta Cesión y Autorización, o la aplicación de dicho término o disposición a personas o circunstancias distintas de aquellas respecto de las cuales se considera inválido o inaplicable, no se verá afectado por ello, y cada término y disposición de esta Cesión y Autorización será válido y se aplicará en la máxima medida permitida por la ley (por ejemplo, solo por cualquier médico u otro proveedor de atención médica que me haya prestado algún servicio, en lugar de por MFO).

Reserva de beneficios

Por la presente, les informo, de conformidad con la jurisprudencia de Florida, que si ustedes (la compañía de seguros) niegan, reducen, retrasan o no pagan la totalidad o parte de la(s) factura(s) que se presentaron en mi nombre por parte de este proveedor de atención médica, yo (el cedente), así como el cesionario (y todos los médicos y demás proveedores de atención médica que sean empleados o contratistas de MFO), solicitamos con anticipación que reserven la cantidad reducida, denegada o retrasada hasta que se resuelva la disputa. Si ustedes emiten un cheque a MFO o a cualquier médico u otro proveedor de atención médica que sea empleado o contratista de MFO por un monto inferior al correcto, y este contiene alguna cláusula que se refiera o pretenda declarar el pago como "Pago Total y Final" o similar, entonces he instruido al cesionario para que les devuelva el cheque a ustedes (la aseguradora) y consideren la factura aún pendiente de pago (es decir, un pago atrasado según lo definido en FS 627.736). Además, si el saldo restante de mis prestaciones se acerca a una cantidad en la que no habría fondos suficientes para pagar la cantidad que usted redujo, retrasó o no pagó, le ruego que me lo notifique inmediatamente a mí (el cedente) y al cesionario por escrito.

Cesionario/Proveedor de atención médica:

Firma del paciente: _____

Nombre impreso: _____

Fecha: _____

Health Care Provider
Mid Florida Ortho Kissimmee-Melbourne, L.L.C
2571 W Eau Gallie Blvd Suite 1
Melbourne, FL 32935



/S/ Assignee/Healthcare Provider.
Jeffrey Kugler, Administrator

Mid Florida Ortho Kissimmee-Melbourne, LLC

2571 West Eau Gallie Blvd, Suite 1, Melbourne, FL 32935

Phone: (321) 221-5660 Fax: (321) 221-5661



Un contratista administrativo de Medicare contratado por CMS



MEDICARE

La Sección 4507 de la Ley de Presupuesto Equilibrado de 1997 permite que un médico o profesional de la salud celebre un contrato privado con un beneficiario de Medicare. Ingrese el nombre del proveedor y el del beneficiario en las casillas correspondientes. Se requieren las firmas del proveedor, un testigo y el paciente/beneficiario o su representante legal a continuación. El proveedor debe presentar una declaración jurada a Medicare expresando su decisión de no participar.

_____ (nombre del proveedor) no han sido excluidos de Medicare según las secciones 1128, Artículo 1156 o 1892 de la Ley de Seguridad Social

_____ (NPI del proveedor)

Yo (el beneficiario de Medicare) o mi representante legal acepto la responsabilidad total del pago de los cargos por todos los servicios prestados por (nombre del proveedor). _____

Yo (el beneficiario de Medicare) o mi representante legal entiendo que los límites de Medicare no se aplican a lo que _____ (nombre del proveedor) puede cobrar por artículos o servicios. amueblado.

Yo (el beneficiario de Medicare) o mi representante legal acepto no presentar una reclamación a Medicare ni pedirle a (nombre del proveedor) _____ que presente una reclamación a Medicare.

Seguro médico del estado.

Yo (el beneficiario de Medicare) o mi representante legal entiendo que Medicare no realizará ningún pago por ningún artículo o servicio proporcionado por que de otro modo habría estado cubierto _____ (nombre del proveedor) que por Medicare si no hubiera habido un contrato privado y se hubiera presentado una reclamación adecuada a Medicare.

Yo (el beneficiario de Medicare) o mi representante legal celebramos este contrato sabiendo que tengo derecho a obtener artículos y servicios cubiertos por Medicare de un médico y/o profesional que no haya optado por no participar en Medicare, y no estoy obligado a celebrar contratos privados que se apliquen a otros servicios cubiertos por Medicare proporcionados por otros médicos o profesionales que no hayan optado por no participar.

La fecha de entrada en vigor prevista o conocida y la fecha de vencimiento prevista o conocida del período de exclusión voluntaria son _____ (fecha de entrada en vigor) y (fecha de vencimiento).

Yo (el beneficiario de Medicare) o mi representante legal entiendo que los planes Medigap no realizan pagos, y que otros planes suplementarios pueden optar por no hacerlo, por artículos y servicios no cubiertos por Medicare.

Mid Florida Ortho Kissimmee-Melbourne, LLC

2571 West Eau Gallie Blvd, Suite 1, Melbourne, FL 32935 Phone:

(321) 221-5660 Fax: (321) 221-5661

Este contrato no puede ser formalizado por mí (el beneficiario de Medicare) ni por mi representante legal cuando yo (el beneficiario de Medicare) requiera servicios de atención de emergencia o de urgencia. (Sin embargo, un médico o profesional de la salud puede brindar servicios de atención de emergencia o de urgencia a un beneficiario de Medicare de conformidad con la sección 3044.28 del Manual de Proveedores de Medicare).

Yo (el beneficiario de Medicare) o mi representante legal recibiré o habré recibido una copia (se permite una fotocopia) de este contrato antes de que se me proporcionen los artículos o servicios según los términos de este contrato.

_____ (nombre del proveedor) conservará el contrato original (firmas originales de ambos) (las partes requeridas) durante el período de exclusión voluntaria.

I _____ (Nombre del proveedor) proporcionará a CMS una copia de este contrato si así se le solicita.

_____ (nombre del proveedor) entiende que el contrato privado actual permanece vigente.

Mi vigencia es de dos años. Si vuelvo a optar por no participar en Medicare, completaré rápidamente un nuevo contrato para cada beneficiario de Medicare y presentaré de inmediato la(s) declaración(es) jurada(s) correspondiente(s) a todas las aseguradoras locales de Medicare.

NPI del proveedor: _____ Especialidad del proveedor: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del representante legal del paciente: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Nombre de contacto: _____ Teléfono #: _____

Correo electrónico de contacto: _____