

# DIET OF HOPE INSTITUTE®

Dr. Gann's Diet Of Hope®

North Office:  
50 E. Croydon Park Rd.  
Tucson, AZ 85704

520-696-DIET (3438)

## ***Bienvenidos A Nuestra Oficina***

FECHA	# SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PACIENTE		
PRIMER	APELLIDO	
DIRECCION	# TELEFONO	# CELLULAR
CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL
DIRECCION PERMANENTE (SI ES DIFERENTE)		
CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL
GENERO M F (MARQUE UNO)	MENOR SOLTERA(O) CASADA(O) DIVORCIADA(O) VIUDA(O)	RAZA ETNICIDAD
NOMBRE DE EMPRESA DEL PACIENTE		# TELEFONO
EN CASO DE EMERGENCIA, NOMBRE DE UNA PERSONA		# TELEFONO
MEDICO QUIEN RECOMIENDA SI DIFERENTE AL MEDICO CABECERA		
TIENE UN TESTAMENT? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

### **SEGURO DE SALUD PRINCIPAL**

POR FAVOR PROVEER COPIAS DE TARJETAS DE SEGURO DESPONIBLE (PRINCIPAL, SECUNDARIO, ETC.)

NOMBRE DE SEGURO	NOMBRE DE SUSCRIPTOR
FECHA DE NACIMIENTO	RELACION AL SUSCRIPTOR
NUMERO DE POLIZA	GRUPO #

### **SEGURO DE SALUD SUPLEMENTAL**

NOMBRE DE SEGURO	NOMBRE DE SUSCRIPTOR
FECHA DE NACIMIENTO	RELACION AL SUSCRIPTOR
NUMERO DE POLIZA	GRUPO #

SI DESEA AUTORIZAR COMUNICACION VIA PORTAL PARA EL PASIENTE FAVOR PROVEER CORREO ELECTRONICO.

### **AUTORIZACION DE SEGURO Y ASIGNACION**

POR LA PRESENTE, AUTORIZO QUE ESTA EMPRESA, DIET OF HOPE INSTITUTE PROVEA INFORMACION ACERCA DE MI ENFERMEDAD A PORTADORES DE SEGURO Y ASIGNO MEDICO(S) TODO PAGO POR SERVICIOS PRESTADOS A MI. COMPRENDO QUE SOY RESPONSABLE POR CUALQUIER CANTIDAD CUAL NO SEA CUBIERTA POR MI SEGURO DE SALUD. YO AUTORIZO A LA OFICINA(S) MENCIONADA, PROVEER INFORMACION QUE REQUIERA PARA A SECURAR EL PAGO DE BENEFICIOS.

FIRMA DE  
PERSONA RESPONSABLE

FECHA

**DIET OF HOPE INSTITUTE ®**

**Dr. Gann's Diet Of Hope®**

**520-696-DIET (3438)**

*North Office:*  
50 E Croydon Park Rd.  
Tucson, Az 85704

---

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO  
DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

---

\*Puede negarse a firmar este acuse de recibo\*.

Yo \_\_\_\_\_, he recibido una copia de este  
oficinas Aviso de prácticas de privacidad

---

Por favor, escriba su nombre en letra de molde

---

Firma

---

Fecha

---

**Sólo Para Uso De La Oficina**

---

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener el acuse de recibo porque:

- La persona se negó a firmar
- Las barreras de comunicación impidieron obtener el acuse de recibo
- Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo
- Otro (especifique):

---

---

---

---

DIET OF HOPE INSTITUTE ®  
**Dr. Gann's Diet of Hope®**  
Disease Management and Prevention  
NO SURGERY-NO DRUGS-NO GIMMICKS

---

**RESPONSABILIDAD FINANCIAL**

---

**Seguro:** Participamos con muchos planes de seguro. Sin embargo, los planes de seguro cambian, por lo que le pedimos que conozca sus beneficios (copagos, deducibles, red, coseguro, servicios cubiertos, etc.) y que traiga su tarjeta de seguro a cada visita. Si su seguro cambia, por favor notifiquenoslo antes de su próxima visita. Si hay un lapso en la cobertura del seguro, se espera que usted pague en su totalidad en el momento del servicio para todas las citas hasta que la cobertura del seguro se restablezca.

**Copagos/Deducibles:** Es su obligación pagar sus copagos y cualquier saldo pendiente en el momento del servicio. Quienquiera que traiga al paciente (mamá, papá, abuelo, tía, etc.) a la oficina se espera que pague en el momento del registro. Algunos seguros nos permiten cobrar un copago de PCP, sin embargo, debido a que los planes de seguro pueden cambiar, si su compañía de seguros decide considerarnos un especialista usted será responsable de la diferencia. Si tiene un saldo, recibirá hasta dos extractos consecutivos de nuestra oficina. Si su banco devuelve su cheque a nuestra oficina como impagable habrá un cargo de 25 dólares por devolución de cheque. Si no hemos recibido el pago completo de su cuenta después de que se hayan enviado dos extractos, la cuenta se enviará a una agencia de cobros externa.

**Presentación de reclamaciones:** Nosotros presentaremos sus reclamos y asistiremos en cualquier forma que podamos para que sean pagados. Su compañía de seguros puede necesitar información adicional de usted directamente. Por favor, proporcione esta información con prontitud. Por favor, tenga en cuenta que cualquier saldo no pagado (copagos, deducibles, coseguro y servicios no cubiertos) es su responsabilidad.

**Política de cancelación/no presentación para pacientes nuevos:** Debido al gran bloque de tiempo que se necesita para los nuevos pacientes, las cancelaciones de última hora pueden causar problemas y gastos adicionales a la oficina. \*Si la cita de un paciente nuevo no se cancela con al menos 24 horas de antelación, o usted no se presenta, se le cobrará una cuota (\$250); esto no será cubierto por su seguro.

**Política de cancelación/no presentación Citas de seguimiento:** Entendemos que hay ocasiones en las que usted debe faltar a una cita debido a emergencias u obligaciones por trabajo o familia. Sin embargo, cuando usted no llama para cancelar una cita, puede estar impidiendo que otro paciente reciba el tratamiento que tanto necesita. A la inversa, puede darse la situación de que otro paciente no cancele y no podamos programar su visita, debido a una agenda aparentemente "llena". \*Si una cita no se cancela con al menos 24 horas de antelación, o usted no se presenta, se le cobrará una cuota de (\$50); esto no será cubierto por su compañía de seguros.

He leído este documento y estoy de acuerdo con los términos de la RESPONSABILIDAD FINANCIERA. Entiendo mi responsabilidad de pago a Dr. Gann's Diet of Hope y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas al respecto. Si se necesita información adicional para asegurar la cobertura del seguro, la proporcionaré de manera precisa y oportuna.

---

Firma del paciente o del guardián legal

---

Fecha

DIET OF HOPE INSTITUTE ®  
**Dr. Gann's Diet of Hope®**  
Disease Management and Prevention  
NO SURGERY-NO DRUGS-NO GIMMICKS

---

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

---

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: \_\_\_\_\_

**PROPÓSITO DEL CONSENTIMIENTO:** De acuerdo con las leyes federales de privacidad y como se indica en nuestro AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, podemos utilizar su información médica protegida (personal) para el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica. Usted ha solicitado que revelemos su información médica protegida a alguien fuera de nuestros asociados inmediatos de atención médica o la información necesita ser revelada a una entidad no cubierta automáticamente bajo las reglas actuales. Es posible que se cobren tasas razonables por la duplicación de la información o los resultados de las pruebas. Se le informará de cualquier tarifa antes de la duplicación.

Solicito las siguientes restricciones al uso de la divulgación de mi información médica: La información médica puede ser discutida con:

- Sólo el paciente
- Miembro de la familia o amigo: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

Se puede dejar un mensaje detallado sobre la información médica en mi buzón de voz:

- Sí

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

- No

**Derecho de Revocación:** Tiene derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento notificándonos por escrito su revocación y enviándonosla. **Aviso de prácticas de privacidad:** Tiene derecho a leer nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y publicar nuevas prácticas de privacidad que pueden o no afectar a su consentimiento.

Yo, \_\_\_\_\_ He tenido la oportunidad de revisar el contenido de este formulario de consentimiento y he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que al firmar este formulario de consentimiento, autorizo a estas prácticas de atención médica a divulgar mi información médica protegida según lo indicado anteriormente.

---

FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE LEGAL

RELACIÓN CON EL PACIENTE

FECHA

TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO DESPUÉS DE FIRMARLO