

Aviso De Prácticas De Privacidad

Tulsa Chiropractic Rehab
8252 S. Harvard Ave. suite 155
Tulsa, OK, 74137-1646

Proteger la información de salud privada (PHI) de nuestros pacientes es una de las principales prioridades de Tulsa Chiropractic Rehab. La PHI es información que se relaciona con la salud física o mental de un paciente o su condición, la provisión de atención médica al paciente o el pago por la provisión de atención médica a un paciente. Nuestra política completa de Aviso de prácticas de privacidad está disponible a pedido. Consideramos que la PHI es confidencial y tenemos políticas y procedimientos para protegerla contra el uso y la divulgación ilegales. No vendemos la información de nuestros pacientes a terceros. PHI no incluye información disponible públicamente, información disponible o reportada de manera resumida o agregada, pero no identifica al paciente.

Cuando sea necesario o apropiado para su tratamiento o para el funcionamiento de nuestros planes de atención o para otras actividades relacionadas, nosotros usamos el PHI internamente, lo compartimos con nuestros afiliados y lo divulgamos a proveedores de atención médica, organizaciones proveedoras de atención médica, empleadores que patrocinan planes de salud financiados o que comparten la responsabilidad del pago de beneficios, otros que pueden ser financieramente responsables del pago de los servicios o beneficios que el paciente recibe en virtud del plan, otras aseguradoras, administradores de terceros, proveedores, consultores, autoridades gubernamentales y sus respectivos agentes. Estas partes deben mantener la confidencialidad de la PHI según lo dispuesto por las leyes correspondientes.

Como participantes de una red de proveedores, estamos obligados a dar a los pacientes acceso a sus registros médicos dentro de un tiempo razonable después de que el paciente haga una solicitud. Nuestra oficina tiene el derecho de cobrar por los registros médicos según lo dispuesto por la ley. Tu tienes el derecho de garantizar la exactitud de su información médica (historia clínica), solicitar límites en el uso y divulgación de información, y solicitar una contabilidad del uso de su PHI. Tienes derecho a recibir notificación de la privacidad de tu información personal de salud, el derecho a acceder e inspeccionar tu registro como paciente, el derecho a modificar tu registros médicos, el derecho a autorizar o negar el uso del tratamiento para otros fines, como la investigación, el derecho a auditar las divulgaciones, el derecho a solicitar restricciones en el uso de tu información como paciente, el derecho a solicitar canales de comunicación alternativos y el derecho a presentar una queja ante su proveedor o ante la secretaria del departamento de salud y servicios humanos de los EE. UU. con respecto al uso de PHI (consulte el sitio web de la oficina de derechos civiles en www.hhs.gov/oct/hipaa para obtener más información).

Algunas de las formas en que se utiliza la información médica del paciente incluyen: para fines de tratamiento; a los efectos del pago; a HMO y administradores de terceros; para la transferencia de pólizas o contratos hacia y desde otras aseguradoras; para actividades de suscripción; para la investigación de servicios de salud; para revisión y gestión de utilización; para revisiones de necesidad médica; para la coordinación de la atención médica y los beneficios; para la salud preventiva, para la detección temprana y el manejo de enfermedades y casos; para operaciones de atención médica; para actividades de auditoría y antifraude; para la medición del desempeño y la evaluación de resultados; para la gestión de datos y sistemas de información; para evaluación de calidad y actividades de mejora; para residentes de medicina o estudiantes de medicina asociados con la clínica; con socios comerciales según lo permita la ley (es decir, soporte técnico); para recordatorios de citas; para brindarle opciones de tratamiento; a familiares / amigos cuando están involucrados con su cuidado; para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud; para comunicaciones relacionadas con la salud, como correos electrónicos o boletines informativos; para socorro en casos de desastre; para promociones y marketing dentro de los límites de la ley; para recaudar fondos según lo permitido por la ley; para actividades de salud pública; a directores de funerarias; para eventos adversos informados a la Administración de Alimentos y Medicamentos; a profesionales

de salud mental cuando sea apropiado; a los forenses; para fines de investigación; para compensación de trabajadores; en cumplimiento con los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley; en cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios; a los fines de la información no identificada; a representantes personales o legales apropiados; para procedimientos de litigio; y para pruebas especiales según lo exige la ley. Consideramos que estas actividades son clave para el funcionamiento de nuestra práctica. En la medida permitida por la ley, usamos y divulgamos la PHI según lo dispuesto anteriormente sin el consentimiento del paciente. También tenemos políticas que abordan circunstancias en las que los pacientes no pueden dar su consentimiento.

Firmar a continuación indica que ha leído o ha sido leído / traducido y comprende la divulgación de privacidad anterior:

_____ Nombre del Paciente	_____ Firma del Paciente /Apoderad	_____ Relación con el paciente	_____ Fecha
_____ Nombre del testigo	_____ Firma del Testigo	_____ Fecha	

POLÍTICA FINANCIERA DE TULSA CHIROPRACTIC REHAB

Nuestra política es brindarle a usted la cortesía de permitirle asignarnos los beneficios de su seguro directamente. Esta política reduce sus gastos de bolsillo y le permite colocar a su familia bajo cuidado médico. Por la presente, usted asigna a nosotros todos los beneficios del seguro de salud aplicables a los cuales usted y / o sus dependientes tienen derecho. Por la presente, nos autoriza a presentar reclamaciones en su nombre o en nombre de sus dependientes, al plan de beneficios (o su administrador) que figura en la tarjeta de seguro actual que nos proporcionó, de buena fe. Por la presente, también le indica a su plan de beneficios (o su administrador) que pague directamente al proveedor por los servicios prestados a usted o sus dependientes.

1. Si no tiene seguro o decide no usar su seguro: todos los pagos se esperan en el momento del servicio o por un plan de pago autorizado. Su saldo personal no puede exceder de \$ 100 en ningún momento o la atención puede darse por terminada. Nuestros planes de pago hacen que la atención sea una parte asequible de su presupuesto familiar. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito. Es posible que algunos servicios no estén cubiertos por su seguro y, en este caso, estos servicios se tratarán como servicios en efectivo que no se pueden facturar al seguro. Participamos en un programa de membresía de descuento en efectivo (CHUSA) que permite descuentos legales para servicios que no están cubiertos por el seguro. Los servicios de terapia de masaje que no forman parte de un plan de atención quiropráctica activa se consideran servicios en efectivo que no se pueden facturar a un seguro y se manejarán en un registro de casos por separado de su atención quiropráctica con un programa de tarifas distinto.

2. Si tiene seguro: se esperan todos los deducibles y copagos en el momento del servicio o por un plan de pago autorizado. Su saldo no puede exceder de \$ 100 o la atención puede ser cancelada. Nuestros planes de pago hacen que la atención sea una parte asequible de su presupuesto familiar.

Se lo considera un paciente en efectivo hasta que presente sus formularios de seguro completos, y nosotros calificamos y aceptamos su cobertura de seguro. Acepta ser responsable de notificar de inmediato a nuestra oficina cualquier cambio en el estado del asegurado y cualquier incumplimiento que haga que no podamos cobrarle a su proveedor de seguro de salud, el no notificarnos resultará en que usted sea responsable de cualquier saldo pendiente acorde a nuestras tarifas estándar o Tabla de tarifas de CHUSA. Además, cualquier información errónea proporcionada por usted que resulte en lo mismo también resultará en que usted sea responsable de cualquier saldo que no ha sido pagado acorde a nuestras tarifas estándar o a la lista de tarifas de CHUSA.

Nuestras tarifas son consideradas habituales, estándares y razonables para la mayoría de las compañías, y por lo tanto están cubiertas hasta la cantidad máxima determinada por cada compañía. Esta declaración no se aplica a las compañías que reembolsan en base a un programa arbitrario de tarifas que no tienen relación con el estándar actual y de atención en esta área.

Los cheques devueltos incurrirán un cargo de \$ 30 o el costo bancario por el cheque devuelto, el que sea mayor. Cada 30 días de saldo vencido, se puede aplicar un recargo por retraso de hasta \$ 10, más cargos por intereses de hasta el 15% anual. Se pueden aplicar cargos por de hasta \$ 10 por cualquier tarifa rechazada en un cargo de tarjeta de crédito / débito / HSA que resulte en el incumplimiento del plan de pago, y los saldos estarán sujetos a todos los cargos por demora e intereses. También se pueden cobrar cargos por las citas perdidas y canceladas sin previo aviso con 24 horas de anticipación. La tarifa de cancelación para servicios de masaje y servicios quiroprácticos puede variar. Las tarifas de cancelación de la quiropráctica no excederán de \$ 50 por visita y las tarifas de cancelación de Masaje no excederán el precio de la visita. Usted entiende que las citas repetidas canceladas o perdidas son motivo para la terminación de la atención. Además, comprende que las cuentas vencidas y no pagadas

se pueden reenviar a una agencia externa de cobranza después de 90 días y será responsable de los cargos generados como resultado de los esfuerzos de cobro.

Si su proveedor no ha pagado una reclamación dentro de los sesenta (60) días posteriores a la presentación, usted acepta participar activamente en la recuperación de su reclamación. Si su compañía de seguros no ha pagado dentro de los noventa (90) días posteriores a la presentación, usted acepta la responsabilidad del pago completo de cualquier saldo pendiente y nos autoriza a usar su tarjeta de crédito / débito / HSA en este documento o cualquier otra para cobrar la totalidad. pago.

Cuando su programa de visitas sea de una frecuencia menor a una vez cada dos semanas, o usted alcance la mejora máxima, no será calificado por la cobertura del seguro ya que el seguro considera estas visitas de atención de bienestar / mantenimiento. Los cargos por estos servicios prestados serán pagados conforme se de el servicio o de acuerdo con su plan de pago.

Si interrumpe la atención por cualquier motivo que no sea el alta del médico o del terapeuta, todos los saldos serán inmediatamente adeudados y pagaderos en su totalidad, independientemente de cualquier reclamación presentada, y Tulsa Chiropractic Rehab se reserva el derecho de utilizar cualquier crédito / débito / HSA. tarjeta en el archivo en este u otro documento para obtener dicho pago en el momento de la suspensión y / o poco después en más de un cargo distinto si es necesario para poner a cero su (s) saldo (s).

Firmar a continuación indica que ha leído, comprendido y aceptado los términos y condiciones anteriores.

Nombre impreso del paciente: _____ Fecha: _____

Verificado por Staff: _____ Fecha: _____

Consentimiento Informado para la Examinación y Tratamiento

Yo (nosotros) por la presente consiento la realización del examen y tratamiento en mí o en _____, por los doctores licenciados en quiropráctica, los médicos, y / o terapeutas con licencia que pueden ser trabajadores o otro personal que práctica en esta clínica.

He tenido la oportunidad de hablar con el médico u otro personal de la clínica sobre la naturaleza y propósito de los diferentes procedimientos de terapia física y quiropráctica (manipulación / ajuste). Entiendo que ni la quiropráctica ni el tratamiento médico es un ciencia exacta y que mi cuidado puede involucrar juicios basados en hechos e información conocida por el doctor. El médico utiliza este juicio para intentar anticipar o explicar los riesgos y las complicaciones, y un resultado indeseable no necesariamente indican un error de juicio. No hay garantía que resultados puede hacerse o esperarse, pero más bien deseo confiar en el médico para que elija y recomiende el mejor tratamiento basado en hechos conocidos que sean de mi mayor interés.

Además, entiendo que hay ciertos grados de riesgo asociados con la atención médica quiropráctica y terapia física, que incluye rara vez, pero no se limita a fracturas, lesiones de disco, derrame y espasmos/esguinces y, por lo tanto, estoy dispuesto a aceptar y aceptar el riesgo asociado con el cuidado que estoy a punto de recibir.

He leído, o la información anterior ha sido explicada con respecto al consentimiento. Yo he tenido una oportunidad para hacer preguntas sobre mi examen y tratamiento. Al firmar abajo, estoy de acuerdo y pretendo este formulario de consentimiento cubra los procedimientos prescritos para mi condición y para cualquier condición futura para las que busco tratamiento.

Pacientes de sexo femenino: En mi firma en este formulario, por la presente declaro que, a lo mejor de mi conocimiento, no estoy embarazada, ni se sospecha o confirma el embarazo en este momento en particular.

Fecha del último período menstrual. _____

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma del paciente

Fecha

Relación o autoridad si no está firmado
por paciente

Testigo