

**Performance Orthopedics
Kenneth Jurist, MD
2720 N. University Dr.
Nacogdoches, TX 75965
Office: (936) 205-9824**

DIRECTIVAS GENERALES DE OFICINA

POR FAVOR DEVUELVA TODO EL PAPELEO POR LO MENOS 24 HORAS ANTES DE SU CITA HORAS: LUNES-JUEVES 8:00 – 5:00; VIERNES 8:00-4:00
*LA OFICINA ESTA CERRADA PARA EL ALMUERZO DE 12:00 – 1:00 DIARIO

RECARGAS Y RESULTADOS:

PÓNGASE EN CONTACTO CON SU FARMACIA PARA SU RECETAS ANTES DE QUE SE TERMINEN. LLAMAREMOS A SU FARMACIA CON SUS RECETAS ENTRE 24-48 HORAS. ESPERE 1-2 SEMANAS PARA SUS RESULTADOS. USTED RECIBIRÁ UNA LLAMADA EN TODOS LOS RESULTADOS ANORMALES.

ENFERMERA LLAMADAS Y PREGUNTAS:

ES NUESTRO DESEO DE DEVOLVER LLAMADAS A TODOS LOS PACIENTES EL MISMO DÍA. SIN EMBARGO, POR FAVOR, PERMITA A LA ENFERMERA 24 HORAS PARA DEVOLVER TODAS LAS LLAMADAS SIN EMERGENCIA.

DOCUMENTACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD:

ESPERE DE 3 A 5 DÍAS PARA MANDAR CUALQUIER PAPELEO MÉDICO RELACIONADO CON TRÁMITES, COMO FORMAS DE DISCAPACIDAD, ETC. SE COBRA UN CARGO DE NARRATIVAS Y LA CUMPLIMENTACIÓN DE FORMULARIOS CON UN CARGO MÍNIMO DE \$25.00

LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS:

LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS DEBE SER FIRMADA POR EL PACIENTE. POR FAVOR PERMITA 7-10 DÍAS PARA COMPLETAR. COPIAS DE REGISTROS MÉDICOS ESTÁN SUJETOS A UN CARGO DE \$25.00 POR LAS PRIMERAS 15 PÁGINAS Y LUEGO .15 POR PÁGINA ADICIONALES. NO HAY NINGÚN CARGO PARA REGISTROS MÉDICOS ENVIADOS DIRECTAMENTE A OTRO MÉDICO. TODOS LOS REGISTROS MÉDICOS SE ENVIARÁN A MENOS QUE SE ESPECIFIQUE LO CONTRARIO.

PLANES DE SEGURO:

ACEPTAMOS LA MAYORÍA DE MEDICARE, MEDICAID Y SEGUROS PRIVADOS. PÓNGASE EN CONTACTO CON NUESTRA OFICINA PARA CONFIRMAR QUE SU PLAN DE SEGURO ES ACEPTADO POR NUESTRA OFICINA. INFORMACIÓN DE SEGURO SERÁ NECESARIA ANTES DE LA HACER UNA CITA PARA VERIFICACIÓN. CUALQUIER CAMBIO EN SU COBERTURA DE SEGURO DEBE NOTIFICARNOS INMEDIATAMENTE A NUESTRA OFICINA. COMO PACIENTE, USTED ES RESPONSABLE CONOCER LOS DETALLES DE SU PLAN Y ES RESPONSABLE DE LOS CARGOS QUE PUEDAN OCURRIR COMO RESULTADO DE SU VISITA.

COPAGOS Y DEDUCIBLES:

TODOS LOS COPAGOS Y DEDUCIBLES DEBEN SER PAGADOS EN EL MOMENTO DE SU CONSULTA.

CITAS PROGRAMADAS Y PERDIDAS:

LAS CITAS SON PROGRAMADAS DE ACUERDO CON LA DISPONIBILIDAD DE TIEMPO Y LA NATURALEZA DE LA VISITA. POR FAVOR LLEGUE AL MENOS 15 MINUTOS ANTES DE SU CITA PARA PERMITIR LLENAR CUALQUIER PAPELEO ADICIONAL. SI LLEGA MÁS DE 10 MINUTOS TARDE A SU CITA, SE PEDIRÁ QUE CAMBIE SU CITA. SI NECESITA CANCELAR SU CITA POR CUALQUIER RAZÓN, LE PEDIMOS QUE USTED NOTIFIQUE A NUESTRA OFICINA AL MENOS 24 HORAS DE ANTICIPACIÓN. FALTAR A SU CITAS O EN NOTIFICARNOS Q NECESITA CANCELAR PUEDE RESULTAR EN UN CARGO DE \$25.00.

He leído, acepto y reconozco haber recibido la información anterior.

Firma de paciente/garante

Fecha

Dr. Kenneth Jurist
Performance Orthopedics
2720 N. University Dr.
Nacogdoches, TX 75965
Office: (936) 205-9824

Informacion del Paciente

NOMBRE DEL PACIENTE:		SEXO:	FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	ESTADO CIVIL: S C D V
DIRECCION:		CUIDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
NOMBRE DE LA CALLE SI ES DIFERENTE:					
SS#:	TELEFONO DE CASA:	TELEFONO DEL TRABAJO:		CELULAR:	
DOCTOR PARTICULAR:		QUIEN LE INFORMO DE NOSOTROS?			
NOMBRE DE CONTACTO:				TELEFONO:	
PERSONA PARA NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA:		DIRECCION:		TELEFONO:	
PERSONA RESPONSABLE SI NO ES EL/LA PACIENTE:		DIRECCION:			
SS#:	RELACION:	FECHA DE NACIMIENTO:	TELEFONO:		
PADRE/MADRE SI ES MENOR:	RELACION:	DIRECCION:	TELEFONO:		
DIRECCION:		CUIDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
NOMBRE DE LA CALLE SI ES DIFERENTE:					
POLIZA MEDICA PRIMARIA:			POLIZA MEDICA SECUNDARIA:		
NOMBRE EN LA POLIZA:		FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE EN LA POLIZA:		FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCION:			DIRECCION:		
# DE POLIZA:		# DE GRUPO:	# DE POLIZA:		# DE GRUPO:
NOMBRE DEL GRUPO:		RELACION:	NOMBRE DEL GRUPO:		RELACION:
SS#:	SUFIJO DE SUSCRITOR:	SOC SEC #:	SUFIJO DE SUSCRITOR:		
FECHA DE EFECTIVIDAD			FECHA DE EFECTIVIDAD		
QUE ES SU FARMACIA DE PREFERENCIA? NOMBRE		DIRECCION	CUIDAD	ESTADO	TELEFONO
NOTAS:					

Dr. Kenneth Jurist
Performance Orthopedics
2720 N. University Dr.
Nacogdoches, TX 75965
Office: (936) 205-9824

HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

NOMBRE: _____ FECHA: _____

DOCTOR QUE LO REFERIO: _____

HISTORIA DE SU ENFERMEDAD PRESENTE: POR FAVOR DESCRIBA EL PROBLEMA(S) O RAZÓN(ES) QUE ESTÁ AQUÍ.

SISTEMAS: DESCRIBA LOS PROBLEMAS O CUESTIONES QUE HA TENIDO PREVIAMENTE CON:

SISTEMA: SI NO HAY PROBLEMAS, SI SÍ QUE ES:

PERDIDA DE PESO _____

OJOS/OIDOS/GARGANTA/NARIZ/GARGANTA _____

CORAZON _____

PULMONES _____

ESTOMAGO _____

URINARIA/INCONTINENCIA _____

MUSCULOS _____

PIEL _____

CEREBRO/CABEZA _____

ESTATUS MENTAL _____

TIROIDES/PANCREAS _____

SANGRE/LINFATICOS _____

ALERGIAS _____

ANTECEDENTES: DIAGNÓSTICOS MÉDICOS EXISTENTES:

___ ASTHMA ___ EMOLIO ___ DIABETES ___ ARTRITIS ___ NEUROPATÍA ___ CORAZON ___ CONVULSIONES ___ DOLOR DE CABEZA

___ COLESTEROL ALTO ___ PRESION ALTA ___ CÁNCER ___ AUTOIMUNITARIA ___ MAREOS ___ PROBLEMAS DE

COLUMNA ___ TIROIDES ___ PISCIATRICO

OTHER: _____

Dr. Kenneth Jurist
Performance Orthopedics
2720 N. University Dr.
Nacogdoches, TX 75965
Office: (936) 205-9824

HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE CONTINUÓ

NOMBRE: _____ FECHA: _____

¿CIRUGÍAS ANTERIORES: DAR NOMBRE DE CIRUGÍAS MAYORES Y CUÁNDO?

_____	_____
_____	_____
_____	_____

HISTORIA FAMILIAR: LISTA TODOS LOS ANTECEDENTES MÉDICOS DE FAMILIA:

___ ASTHMA ___ EMOLIO ___ DIABETES ___ ARTRITIS ___ NEUROPATÍA ___ CORAZON ___ CONVULSIONES ___ DOLOR DE CABEZA
___ COLESTEROL ALTO ___ PRESION ALTA ___ CÁNCER ___ AUTOIMUNITARIA ___ MAREOS ___ PROBLEMAS DE
COLUMNA ___ TIROIDES ___ PISCIATRICO

OTHER: _____

HISTORIA SOCIAL: LISTA TODOS LOS PASADO Y ACTUAL DE LAS ACTIVIDADES SOCIALES:

OCUPACIÓN: _____ ESTADO CIVIL: M S D SEPARADA VIUDA SOCIO

EL USO DEL TABACO: SÍ NO CUÁNTO? _____

CONSUMO DE ALCOHOL: SÍ NO CUÁNTO? _____

USO DE DROGAS RECREATIVAS: SÍ NO Y CON QUÉ FRECUENCIA? _____

ALERGIAS A ALGÚN MEDICAMENTO: DAR MEDICAMENTOS Y REACCIÓN

_____	_____
_____	_____
_____	_____

MEDICAMENTOS DE LISTA ACTUALES: DAR EL NOMBRE, LA DOSIS Y LA FRECUENCIA

_____	_____
_____	_____
_____	_____

FIRMA: _____ FECHA: _____

Kenneth Jurist, MD
Performance Orthopedics
2720 N. University Dr.
Nacogdoches, TX 75965
Office: (936) 205-9824

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo su información médica puede ser utilizada y divulgada y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor léa cuidadosamente.

NUESTRO DEBER LEGAL: Nos requiere por ley federal, el seguro de salud y la acta de portabilidad y Acontabilidad (HIPAA) para mantener la privacidad de su información de salud. Este aviso de privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida para realizar las operaciones de tratamiento, pago o atención de la salud y para otros fines que están permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información de salud protegida en algunos casos. Esta es información de salud que es creada o recibida por su proveedor de atención médica, y que se relaciona con su pasado, condición de salud física o mental presente o futura.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD: Podemos utilizar su información médica para fines de tratamiento, obtener pago por el tratamiento y realizar operaciones de atención médica. Divulgaciones de su información de salud para los fines descritos en este aviso de privacidad pueden hacerse por escrito, oralmente o por fax.

TRATAMIENTOS: Podemos utilizar o divulgar su información médica a un médico o otro proveedor de cuidado de la salud proporcionando tratamiento para usted.

PAGO: Podemos usar y divulgar su información médica para obtener pago por los servicios que brindamos a usted.

OPERACIONES DE CUIDADO DE SALUD: Podemos usar y divulgar su información médica según sea necesario para nuestras operaciones de cuidado de la salud para facilitar la función de Performance Orthopedics y para proporcionar atención de calidad a todos los pacientes. Operaciones de atención médica incluyen actividades de evaluación y mejorar de la calidad, revisión de empleados, programas de capacitación, acreditación, certificación, licencias de actividades de acreditación.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES: Como parte del tratamiento, pago y operaciones de atención médica, también podemos utilizar o divulgar su información de salud para los siguientes propósitos: para recordarle la fecha de su cirugía, para informarle de las posibles alternativas de tratamiento, o para informarle de la salud relacionados con los beneficios.

USOS Y DIVULGACIONES QUE PERMITEN SIN AUTORIZACION O LA OPORTUNIDAD AL OBJETO: Cuando legalmente requerido por la ley, cuando existen riesgos para la salud pública, para reportar sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica, para llevar a cabo las actividades de supervisión de la salud, en relación con los procedimientos judiciales y administrativos, para propósitos de aplicación de la ley, a médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos, para fines de investigación, en caso de una amenaza grave para la salud o seguridad, para especificar las funciones del Gobierno, y para la compensación del trabajador.

USOS Y DIVULGACIONES QUE PERMITEN SIN AUTORIZACION, PERO TIENE LA OPORTUNIDAD DE NO ACEPTAR: Podemos divulgar su información médica a un familiar o un amigo íntimo personal si es directamente relevante a la participación de la persona en su cirugía o pago relacionado con su cirugía. Puede oponerse a estas revelaciones. Si no que podemos deducir de las circunstancias que usted no se oponga, podemos determinar que está en su mejor interés para nosotros hacer la divulgación de su información médica como se describe.

USOS Y DIVULGACIONES QUE USTED AUTORIZAA: Como se mencionó anteriormente, no divulgaremos o utilizaremos su información de salud sin su autorización por escrito. Usted puede

revocar su autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que nosotros hayamos tomado acción en dependencia de la autorización.

Kenneth Jurist, MD
Performance Orthopedics
2720 N. University Dr.
Nacogdoches, TX 75965
Office: (936) 205-9824

DERECHOS DEL PACIENTE: Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida. Bajo la ley federal, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información recopilada para su uso en una acción civil, penal o administrativa. Podemos negar su petición para inspeccionar o copiar su información médica, si determinamos que es probable que ponga en peligro su vida o su seguridad o que podría causar daño a otra persona que se hace referenciada en la información. Usted tiene el derecho a solicitar una revisión de la presente decisión. Para inspeccionar y copiar su información médica, usted debe presentar una solicitud por escrito al oficial de privacidad. Si Usted solicita una copia de su información, podemos cobrarle una tarifa por los costos de copiado, envío o otros gastos incurridos por nosotros para cumplir con su solicitud.

Usted tiene el derecho a solicitar una restricción sobre usos y divulgaciones de su información de salud. Su petición debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que la restricción aplique. Performance Orthopedics no está obligado a aceptar la restricción que usted pueda solicitar. Le notificaremos si negamos su solicitud para una restricción.

Usted tiene derecho a solicitar y recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de cierta manera. Acomodaremos peticiones razonables.

Usted tiene derecho a solicitar enmiendas a su información de salud. Las solicitudes deben hacerse por escrito y debe proporcionar una razón para apoyar la enmienda solicitada.

Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de instancias en que hemos divulgado su información médica para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica para los últimos seis años. Si usted solicita esta contabilidad más de una vez en un período de 12 meses, podríamos cobrarle para responder a estas solicitudes adicionales.

NUESTROS DEBERES: Performance Orthopedics se requiere por ley a mantener la privacidad de su información de salud y a proporcionarle este aviso de privacidad de nuestras prácticas de privacidad. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y hacer las nuevas disposiciones de aviso eficaz para toda la información futura salud protegida que mantenemos. Si queremos cambiar el aviso, nosotros proporcionaremos una copia del aviso revisado en su próxima visita.

PREGUNTAS Y QUEJAS: Si desea obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad o si tiene preguntas o preocupaciones, comuníquese con nuestro oficial de privacidad. Si le preocupa que nosotros podremos violar sus derechos de privacidad o está en desacuerdo con una decisión que hicimos sobre el acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud hizo enmendar o restringir el uso o divulgación de su información médica, puede quejarse a nosotros utilizando la información de contacto que aparece al final del anuncio. También puede presentar una queja por escrito al oficial de privacidad. Apoyamos el derecho a la privacidad de su información médica. Nosotros no tomaremos represalias contra usted de ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros.

Performance Orthopedics
Kenneth Jurist, MD
2720 N. University Dr.
Nacogdoches, TX 75965

El oficial de privacidad puede ser contactado por teléfono al (936) 205-9824
Este aviso es efectivo 15 de octubre, 2012.

**Performance Orthopedics
Kenneth Jurist, MD
2720 N. University Dr.
Nacogdoches, TX 75965
Office: (936) 205-9824**

AUTORIZACIÓN DE RECONOCIMIENTO DE HIPAA Y CONTACTO ALTERNATIVO

**PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN
DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

He recibido o se me ha proporcionado la oportunidad de recibir una copia del "Aviso de prácticas de privacidad" que explica cuándo, dónde y por qué mi salud información (PHI), que puede incluir información sobre VIH/SIDA o registros de salud mental, puede ser utilizada o compartida. _____ *iniciales*
Por la presente autorizo a mi compañía de seguros Performance Orthopedics proporcionar cualquier información obtenida en la adjudicación de cualquier reclamación en relación con los servicios proporcionados a mí por ellos. Esta autorización es válida hasta que se rescinda por mí por escrito. Autorizo a Performance Orthopedics para proporcionar información completa, incluyendo información de salud protegida, solicitado por mi compañía de seguros o sus intermediarios acerca de los servicios prestados. _____ *iniciales*
Reconozco que Performance Orthopedics, los médicos, las enfermeras y otro personal puede obtener y compartir cualquier o toda mi información de salud protegida, incluyendo la historia de la receta, con otros con el fin de mí tratamiento, con el fin de organizar para el pago de mi factura y por cuestiones que afectan a otras operaciones de negocios y responsabilidades. _____ *iniciales*

Además, autorizo la divulgación de mi información de salud protegida a los siguientes individuos y miembros de la familia:

Nombre relación con paciente _____

Nombre relación con paciente _____

Nombre relación con paciente _____

Doy permiso que puede Performance Orthopedics:

- Dejar un mensaje detallado en el contestador del telefono o correo de voz
- Llamar a mi número de teléfono del lugar de trabajo y dejar un mensaje
- Llamar a mi número de teléfono del lugar de trabajo y sólo hablan conmigo
- Ninguna de las anteriores

X _____

FIRMA (O PARTE RESPONSABLE SI MENOR)

FECHA

Autorización del paciente para utilizar o divulgar información de salud protegida

Yo, _____, autorizo a Performance Orthopedics y Kenneth Jurist, MD para:

Utilice la siguiente información de salud protegida, o

Revelar la siguiente información de salud protegida para:

_____ Mi cuidado primario médico, mi médico y sus afiliados, hospitales de especialidad y/o clínicas que me han referido a, mi compañía de seguros, instalaciones diagnósticas o imágenes me estoy referido.

Información de salud protegida incluye notas de oficina, resultados diagnósticos pertinentes, contacto e información de seguro, y cualquier historia médica previa o reportado reenviado o divulgada a Performance Orthopedics.

Esta información de salud protegida está siendo usada o divulgada para los siguientes fines:

- Tratamiento: Podemos utilizar o divulgar su información médica a un médico u otro proveedor de cuidado de la salud proporcionando tratamiento para usted.
- Pago: Podemos utilizar y divulgar su información médica para obtener pago por los servicios que brindamos a usted.
- Operaciones de atención de la salud: Podemos utilizar y divulgar su información médica según sea necesario para nuestras operaciones de cuidado de la salud para facilitar la función de Performance Orthopedics y proveer cuidado de calidad a todos los pacientes. Operaciones de atención médica incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, revisión de empleados, programas de capacitación, acreditación, certificación y licencias de actividades de acreditación.
- Otros usos y divulgaciones: Como parte del tratamiento, pago y operaciones de atención médica, también podemos utilizar o divulgar su información de salud para los siguientes propósitos: para recordar la fecha de su cita o cirugía, para informarle de las posibles alternativas de tratamiento, o para informarle de la salud relacionados con beneficios.

Esta autorización estará vigente y efectiva comenzaría _____ y terminando en el año de calendario.

Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando la notificación escrita a:

Performance Orthopedics 2720 N. University Dr. Nacogdoches, TX 75965.

Entiendo que la revocación no es eficaz en la medida en que Performance Orthopedics ha dependido de la utilización o divulgación de la información de salud protegida.

Firma: _____ Fecha: _____

Dr. Kenneth Jurist
Performance Orthopedics
2720 N. University Dr.
Nacogdoches, TX 75965
Office: (936) 205-9824

POLÍTICA FINANCIERA

Performance Orthopedics valoriza nuestra relación con nuestros pacientes. Nuestro deseo es brindarle atención médica de calidad en forma oportuna y eficiente. Como un proveedor de atención médica aceptamos muchos planes de seguro; Sin embargo como un paciente es su responsabilidad ser consciente de los beneficios de su cobertura, como servicios no cubiertos, copagos, deducibles y coaseguranza. Hacemos hincapié en que nuestra relación con usted, no es con su compañía de seguros. Como el paciente es responsable de notificar a nuestra oficina de cualquier cambio a cualquier información relativa a su cobertura de seguro, nombre, dirección, información de contacto. Todas las compañías de seguros tienen requisitos de reclamación oportuna presentación, falta de información correcta y actualizada puede resultar en negación de reclamaciones de seguros.

Performance Orthopedics y Kenneth Jurist, MD presentará sus reclamaciones de seguros en su nombre como una cortesía. Copagos, deducibles y coaseguro son adeudadas y pagaderas antes de ser prestados los servicios. Usted será financieramente responsable por cualquier reclamo que su compañía de seguros niega presentación oportuna debido a la información de seguro no se recibe dentro del período de tiempo especificado, no considera médicamente necesario o no cubiertos. Es su responsabilidad asegurarse de que nuestro médico es un proveedor participante con su plan.

Todos los pagos son debidos cuando se prestan los servicios a menos que se han hecho otros arreglos de antemano.

Cualquier saldo del paciente se recogerá antes de ser visto por el médico. Cualquier saldo del paciente que son más de 30 días de antigüedad se considerará vencida. Si su cuenta no se mantiene en un estado actual, se le pedirá a cambiar su cita en caso de que la cuenta se cae en un estado delinciente debido a arreglos de pago roto, la cuenta puede ser entregada a una agencia de colección profesional. Si su cuenta es entregada a una agencia de colección profesional, un cargo por servicio de recolección se agregará a su cuenta, no debe exceder el 50% de la cantidad. Usted será responsable además de la cuota de cualquier abogado asociado a la colección de la deuda. Ya no podrá recibir servicios de nuestro médico o otros proveedores de atención médica.

Aceptamos efectivo, cheque, tarjetas de crédito y débito. En caso de que un cheque es devuelto por cualquier razón de su banco, una tarifa de \$25.00 se aplicará a su cuenta. Además de este cargo, podemos buscar recursos legales adicionales si el cheque devuelto no es pagado durante más de 30 días.

Citas basado en la comodidad de paciente y disponibilidad de médico como lo permita el tiempo. Es importante mantener y llegar a tiempo a su cita programada. En el caso de que deba cancelar, requerimos 24 horas de anticipación. Podemos cobrar una cuota de \$25.00 si no cancela o cambia su cita por lo menos 24 horas con anticipación.

Le agradecemos por elegir Performance Orthopedics. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con nuestra oficina al (936) 205-9824.

Dr. Kenneth Jurist
Performance Orthopedics
2720 N. University Dr.
Nacogdoches, TX 75965
Office: (936) 205-9824

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO

POR LA PRESENTE AUTORIZO PERFORMANCE ORTHOPEDICS Y KENNETH JURIST, MD PARA FACTURAR A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS Y PARA MI COMPAÑÍA DE SEGUROS EL PAGO DIRECTO POR MI TRATAMIENTO MÉDICO PERFORMANCE ORTHOPEDICS Y KENNETH JURIST, MD EN EL MÍO.

POR LA PRESENTE AUTORIZO A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA AUTOIZAR PERFORMANCE ORTHOPEDICS Y KENNETH JURIST, MD LA INFORMACIÓN OBTENIDA PARA LA ADJUDICACIÓN DE CUALQUIER RECLAMACIÓN EN RELACIÓN CON LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS A MÍ POR ELLOS.

ADEMÁS AUTORIZO PERFORMANCE ORTHOPEDICS Y KENNETH JURIST, MD PARA PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN COMPLETA SOLICITADA POR MI COMPAÑÍA DE SEGUROS O SUS INTERMEDIARIOS EN RELACIÓN CON LOS SERVICIOS PRESTADOS.

ESTA AUTORIZACIÓN PERMANECERÁ EN VIGOR Y VÁLIDO HASTA RESCINDIDA POR MÍ POR ESCRITO.

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL

FECHA

Dr. Kenneth Jurist, M.D
Performance Orthopedics
2720 N. University Dr.
(936) 205-9824

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Por la presente voluntariamente doy consentimiento a tales procedimientos de diagnóstico que abarca atención y tratamiento médico por mi médico, sus auxiliares o sus destinatarios que sean necesarias en su juicio. Reconozco que no se han hecho garantías en cuanto al resultado de tratamientos o exámenes en la clínica.

Este formulario ha sido explicado totalmente a mí y certifico que entiendo su contenido.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Testigo _____

SI EL PACIENTE ES UN MENOR DE EDAD O INCAPAS DE DAR CONSENTIMIENTO VER ABAJO:

Paciente es un/a menor de edad menor incapas de dar su consentimiento porque:

Autorizo en su nombre y en su lugar

Este día _____ de _____, _____ (año)

Firma de la persona responsable del paciente o Tutor Legal

Firma del Paciente _____

Nombre del Paciente _____

Firma del Testigo _____ Date _____

Dr. Kenneth Jurist
Performance Orthopedics
2720 N. University Dr.
Nacogdoches, TX 75965
Office: (936) 205-9824

Riesgos a Medicamentos

Los medicamentos son drogas. Son recetados debido a su beneficio previsto. Sin embargo, todos los medicamentos pueden causar efectos secundarios indeseados. Afortunadamente, la mayoría de los pacientes experimentan efectos secundarios o efectos secundarios menores.

Efectos secundarios de medicamentos puede ocurrir con el inicio, cambio de dosis o cese de un medicamento.

Efectos secundarios de medicamentos puede ir de menor a severos. Estos efectos secundarios incluso puede resultar en muerte o graves problemas en casos extremos. Afortunadamente, los efectos secundarios son raramente mortal. El médico le informará que es lo más probable y cuales son los graves efectos secundarios cuando le inicie en un medicamento.

Medicamentos también pueden tener muy graves interacciones con otros medicamentos. Es muy importante que mantenga a todos sus médicos informados de sus medicamentos actuales.

Raramente, hay numerosos y generalmente leves efectos secundarios a medicamentos. Cuando se surta su receta el farmacéutico debe dar una impresión fuera sobre el medicamento, incluyendo posibles efectos secundarios. Estos pueden incluir adelgazamiento de hueso, anormalidades de sangre, sarpullidos y disfunción hepática.

Su probabilidad de tener efectos secundarios puede ser relacionado con su edad, peso, sexo, enfermedad, condición médica y otros medicamentos que esté tomando.

El embarazo es una condición única en que la mayoría de los medicamentos puede afectar el curso normal del desarrollo del embrión/feto. Muchas mujeres no son conscientes de su embarazo en sus primeras etapas.

Lamentablemente, esto es cuando el embrión/feto es más vulnerable al daño. Este daño puede ser extremo, resultando en la pérdida del embarazo o malformaciones en el feto resultando defectos de nacimiento permanentes.

Por lo tanto, es esencial que decirle al médico si existe alguna posibilidad de embarazo. Esto incluye los cambios durante el embarazo, o en cualquier momento durante el tratamiento por Kenneth Jurist, MD. Cambios en los medicamentos prescritos por otros médicos bajo el cuidado de Kenneth Jurist, MD. Si tiene sospecha de efectos secundarios de medicamentos, usted debe hablar con su médico o su enfermera primero. No deje de tomar el medicamento sin hablar con su médico primero.

Si cree que tiene una reacción grave a su medicación llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana.

He leído la declaración de riesgo y comprendo el riesgo de tomar medicamentos. Estoy de acuerdo en seguir sus condiciones.

Kenneth Jurist, MD puede retener tratamiento si no estoy de acuerdo.

Si tiene alguna pregunta sobre la información, por favor discuta con su doctor o enfermera.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

**Performance Orthopedics
Kenneth Jurist, MD
2720 N. University Dr.
Nacogdoches, TX 75965
Office: (936) 205-9824**

PACIENTE AGRADECIMIENTOS DE CONSENTIMIENTO

YO, _____ RECONOSCO QUE HE RECIBIDO O DADO
AUTORIZACIÓN RESPECTO A LA INFORMACIÓN SIGUIENTE:

DIRECTIVAS GENERALES DE OFICINA _____

HIPAA AVISO DE PRIVACIDAD PRÁCTICAS _____

RECONOCIMIENTO DE HIPAA/CONTACTO ALT. _____

POLIZA DE FINANZAS _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS _____

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO _____

RIESGOS A MEDICAMENTOS _____