JASON R. BAILEY, MD

PLASTIC, RECONSTRUCTIVE + COSMETIC SURGERY

Fecha: ____/____/____

Nombre de Paciente: Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento _____/_____/_____ ☐ F ☐ M SSN_____

Direccion _____ Ciudad: _____

Estado _____ Codigo postal _____ E-Mail _____

Telefono de casa _____ _____ Puede llamar _____ Puede dejar mensaje

Telefono de oficina _____ _____ Puede llamar _____ Puede dejar mensaje

Telefono celular _____ _____ Puede llamar _____ Puede dejar mensaje

Casado/a S ☐ N ☐ Nombre de esposo/a _____

Número de licencia de conducir & Estado: _____
(Por favor nos proporcione una copia)

Número de tarjeta de identificación: _____
(Por favor nos proporcione una copia)

Nombre de la farmacia _____ Número de farmacia _____

Es la razón de la visita debido a: ☐ Enfermedad ☐ Accidente ☐ Otros: _____

Que causó su lesión actual/episodio de dolor: _____

Es esto un accidente de vehículo de motor: _____ En caso afirmativo, fecha de la lesión:_____

Me refirieron al Dr. Jason R. Bailey M.D. por (nombre y relación): _____

Si el médico, por favor proporcione la dirección y el número de teléfono:_____

Nombre Su médico de cabecera: _____

Dirección y Telefono de su medico: _____

JASON R. BAILEY, MD

PLASTIC, RECONSTRUCTIVE + COSMETIC SURGERY

Empleo: ¿está usted empleado? ☐ SI ☐ NO ☐ RETIRADO

Tipo de trabajo que usted hace o hizo: _____

Empleador: _____ Supervisor: _____

Dirección de trabajo: _____ Número de teléfono de trabajo: _____

¿Cuánto tiempo en el trabajo?: _____

Aseguransa: ☐ Medicare ☐ Comercial ☐ Compensación del trabajador ☐ Auto

☐ Other (Crime Victims, Seguro estudiantil , etc): _____

	Seguro primario	Seguro secundario
Nombre	_____	_____
Direccion	_____	_____
Telefono	_____	_____
Number Grupo	_____	_____
Numbero póliza	_____	_____
Titular de la póliza	_____	_____
Nombre de Ajustado	_____	_____

¿La cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual? ☐ SI ☐ NO

Nombre del titular de la póliza y número de teléfono: _____

CÓNYUGE / OTROS PLANES DE SEGURO PARA MIEMBROS DE LA FAMILIA

¿La cobertura de su plan de salud grupal se basa en su cónyuge, sus padres y / o el empleo actual de cualquier otro miembro de la familia? ☐ SI ☐ NO

Titular de la póliza / Nombre y apellido del suscriptor: _____

Nombre del empleador: _____

OTRA INFORMACIÓN DE SEGURO DE LESIÓN ACCIDENTAL

Si **USTED** no recibe ningún tratamiento por una enfermedad o lesión por la cual otra parte **podría ser considerada responsable por la cual lo están tratando**, por favor escriba la fecha de la enfermedad o lesión____/_____/___

Nombre de un tercero o nombre asegurado: _____

Nombre del proveedor de seguros: _____

Dirección: _____ Número de póliza / reclamación : _____

Número de teléfono: _____

¿Se presentó un informe policial o un informe de accidente?: SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo, ¿qué departamento / ciudad y número de informe?:
_____

Nombre del abogado (si corresponde): _____

Dirección : _____

Breve descripción de la enfermedad o lesión:
_____
_____

SU INFORMACIÓN DE SEGURO DE LESIÓN ACCIDENTAL

Si USTED ahora recibe un tratamiento por una enfermedad o lesión que podría cubrirse **sin culpa**, **cobertura de protección contra lesiones personales, cobertura de pagos médicos, cobertura de automovilista no asegurado / seguro insuficiente y / o seguro de automóvil**, imprima la fecha de la enfermedad o lesión .

_____/_____/_____

Nombre de la compañía de seguros de su compañía de seguros:

Dirección : _____ Número de póliza: _____

Numero de reclamo: _____ Ajustador: _____

Nombre del abogado (si corresponde): _____

Dirección : _____

Número de teléfono: _____

Número de fax: _____

Breve descripción de enfermedad o lesión: _____

SU INFORMACIÓN DE SEGURO DE LA LESIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJO

¿Es esto una lesión relacionada con el trabajo?: SI ☐ NO ☐

Si **USTED** está obteniendo un tratamiento por una enfermedad o lesión que podría estar cubierta por la **compensación de los trabajadores**, imprima la fecha de la enfermedad o lesión.
_____/_____/_____

Nombre del operador de Compensación de Trabajadores de su compañía:
_____

Dirección : _____ Numero de poliza: _____

Numero de reclamo: _____ Ajustador: _____

Número de reclamaciones presentadas con el estado de Texas: _____

JASON R. BAILEY, MD

PLASTIC, RECONSTRUCTIVE + COSMETIC SURGERY

Nombre del abogado (si corresponde): _____

Dirección : _____

Número de teléfono: _____

Número de fax: _____

Breve descripción de enfermedad o lesión: _____

Hábitos personales:

Tobacco? _____ ¿Cuántos paquetes por día? _____ Fumando cuántos años? _____

¿Has dejado de fumar? _____ Si es así, ¿cuándo renunciaste? _____

¿Actualmente bebe alcohol? _____ Cerveza? _____ Whiskey? _____ cuando? _____

¿Cuánto café bebes por día? _____

¿Usas drogas recreativas? _____ cuando? _____

Historia de salud:

SOY ALÉRGICA PARA LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS: _____

Tengo las siguientes ALERGIAS adicionales: _____

He tenido las siguientes CIRUGIAS: _____

Actualmente estoy bajo la ATENCIÓN DE UN MÉDICO por las siguientes condiciones _____

Tengo las siguientes CONDICIONES MÉDICAS: _____

Yo describiría mi ESTADO ACTUAL DE SALUD como:: _____

Tomo los siguientes medicamentos, suplementos hormonales, vitaminas, suplementos herbales

_____

_____

_____

¿A quién podemos contactar en caso de emergencia?

Nombre: _____ Relación: _____

Telefono: _____ Celular: _____

Dirección: _____

Atestiguo que el historial anterior se ha completado a mi leal saber y entender y acepto que mi falla en divulgar cualquiera de las informaciones anteriores puede afectar negativamente un curso de tratamiento prescrito para cumplir mis objetivos, mi seguridad o el resultado de cualquier tratamiento que Elija someterse con Jason R. Bailey, MD o cualquier miembro de su personal.

Acuerdo de tratamiento y pago

Autorizo el examen y el tratamiento para esta y todas las siguientes visitas al médico.
Autorizo a divulgar cualquier información médica necesaria para procesar cualquier facturación de seguro.
Autorizo el pago y la asignación de los beneficios del seguro a la oficina del médico.
Entiendo que **soy financieramente responsable de todos los cargos y deducibles no cubiertos por mi seguro.**
Soy personalmente responsable de proporcionar información de seguro actual y precisa.
Autorizo una fotocopia de esta declaración para que sirva como original.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Imprimir nombre: _____

JASON R. BAILEY, MD

PLASTIC, RECONSTRUCTIVE + COSMETIC SURGERY

AVISO DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD para Jason R. Bailey MD PA

Su expediente médico es calificado como Información Médica Protegida (PHI pos sus siglas en inglés) bajo la Ley Federal 104-191 - La ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (HIPAA-1996, http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/). Nosotros estamos requeridos por ley desde el 1 de marzo de 2003 de notificarle de sus derecho de privacidad y publicaremos cualquier cambio a estos derechos en el consultorio. Ud. puede obtener una copia de este Aviso de Privacidad si lo solicita.

Uso de Información Médica Protegida con su autorización

Al firmar la autorización Ud. está de acuerdo que su información PHI puede ser usada o divulgada por nuestro personal con motivos de tratamiento, pago, operaciones de atención médica (TPO), o procesos judiciales y que lo nombremos por su nombre en nuestra sala de espera. Ud. también pudo haber autorizado divulgar su información PHI por escrito con su empleador, abogado o su proveedor de seguro médico. Su información PHI puede ser requerida para nuestros expedientes del negocio, nuestro sistema de computo/facturación, farmacias, otros médicos, laboratorios, su empleador, o terapeutas antes deben tramitar la solicitud para TPO. Puede revocar cualquier autorización proporcionada nosotros recibimos la solicitud por escrito.

Nos referimos a :

Tratamiento - otro personal de tratamiento, farmacias, instalaciones para exámenes.
Pago - para registro electrónico y de facturas, se divulga su diagnostico y tratamiento.
Operaciones de atención médica - conforme auditorias, salud pública, solicitudes administrativas o contractuales.
Procesos Judiciales - orden de la corte, comparecencias, auditorías legales o demanda lícita.

Uso de Información Médica Protegida sin su autorización

Su PHI puede ser divulgada por ley, por actividades de salud pública, víctimas de abuso, procesos de salud y procedimientos de supervisión , seguridad pública, procesos judiciales y administrativos, funerarias, investigaciones o funciones especializadas gubernamentales. En dichos casos divulgaremos información solo si hemos recibido una solicitud por escrito con documentación que los datos revelados estén expresamente autorizados por la orden.in .

Nos referimos a:

Ley - si la ley lo requiere , lo notificaremos de dicha divulgación
Actividades de Salud Pública - FDA, enfermedad transmisible, lesión laboral, instancias de abuso negligencia.
Salud y supervisión - agencia auditora legal para una investigación donde no esté involucrado.
Seguridad Pública - comparecencias emitidas, orden judicial, tribunal, citatorio legal.

Divulgación de Información Médica Protegida con su autorización

Este consultorio no participa en recaudación de fondos, correo electrónico, faxear datos a menos que lo pida por escrito. No proporcionaremos sus datos protegidos a familiares, representantes personales o tutores a menos que lo solicite. En caso de emergencia podemos divulgar sólo información relevante si a nuestro juicio profesionales para su mejor interés. Puede solicitar que modifiquemos no divulgar cualquiera o parte de su información protegida para poder llevar el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Este derecho a restringir datos no se extiende cuando es requerido por la ley.

Puede revisar o pedir una copia de su información protegida (por escrito) para enviársela a Ud. o a una ubicación alterna u otro medio. Dr. Bailey tiene el derecho de cobrar por el costo material, laboral, de envío y si acepta, el costo de preparar un explicación resumida de su expediente. El expediente se le enviara dentro de 30 días una vez recibida la solicitud escrita y si toma más de 30 días le notificaremos.

Yo autorizo a los siguientes personas a tener acceso a mi información protegida y cualquier y toda mi información médica:

Nombre	Relación	Fecha
Nombre	Relación	Fecha

Yo he revisado el Aviso de Prácticas de Confidencialidad y tengo la dirección e información de contacto para obtener el HIPAA-1996 completo, del Oficial de Privacidad de este consultorio y del departamento de Servicios Médicos donde puede hacer quejas.

Nombre	**Firma**	**Fecha**

Política Financiera

Nuestro consultorio está siempre disponible para aclarar cualquier pregunta(s) que pudiera tener sobre su seguro médico o cuenta. A continuación le presentamos nuestra política financiera; por favor revísela minuciosamente luego firme y ponga la fecha al inferior del documento.

- Todos los copagos se pagan al momento del servicio.
- Aceptamos efectivo, crédito, débito o cheques.
- El pago total puede ser requerido al momento del servicio dependiendo del servicio proporcionado.

Seguro Médico: Su póliza de seguro es un contrato entre Ud. y su compañía de seguro. Nosotros no somos parte de ese contrato. Facturaremos a su plan de seguro médico por Ud., siempre y cuando nos brinde la información actual y correcta. Su contrato dicta los servicios que están cubiertos y el monto del pago por dichos servicios. Ud. es responsable finalmente por el pago de los servicios proporcionados.

Seguro Secundario: como cortesía, facturaremos a su seguro secundario pero requeriremos todos los datos del plan al momento del servicio. Una vez el seguro médico principal pague, permitiremos 45 días para que el seguro secundario procese su parte. Al final de los 45 días, el saldo restante pasa a ser responsabilidad del paciente.

Reclamos de Compensación al Trabajador/Asegurado Independiente: Nosotros solicitamos la información de su seguro particular al momento del servicio. En caso que State Labor and Industry o la administración intermediaria no acepte su reclamo, facturaremos a su seguro particular. *Ud. es responsable finalmente por el pago de los servicios brindados si su reclamo no es aceptado.*

Referencias a Doctores: Ud. es responsable de obtener las referencia apropiada de su médico antes de su cita. Es su responsabilidad asegurarse de que tengamos una copia válida y actual de su referencia en el consultorio al momento de su cita.

Problemas de pagos: si surgen problemas financieros por favor contacte a nuestro consultorio lo más pronto posible. Si una cuenta se vence se tomarán las acciones necesarias hasta e incluso entregar la cuenta a un abogado o servicio de cobranza. El abajo firmante entiende que él/ella o su agente es responsable por los cargos incurridos.

Pacientes sin seguro: un depósito de $150 es requerido al momento del registro del paciente sin seguro y $50 por cada seguimiento subsecuente. Antes de dar una cotización quirúrgica el Doctor debe hacer una evaluación.

Pacientes Cosméticos: sólo las consultas cosméticas tienen un costo de $50.

Ausencias: Pacientes que no se presenten a su cita(s) están en riesgo de ser dados de alta de consultas.

YO entiendo que soy responsable financieramente por los cargos sean o no pagados por mi seguro médico. Yo entiendo que los beneficios que me cotizaron no son una garantía del pago del reclamo. Yo entiendo que el pago depende de mi elegibilidad al momento de mi servicio y todos los términos y condiciones de mi plan de seguro médico. Yo acepto que no retendré o retrasare el pago si mi compañía de seguro rechaza el pago de cualquiera de mis gastos. Yo he leído cuidadosamente la política financiera. Yo entiendo y acepto los términos en ella.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Nombre _____

Condiciones de servicio y asignación de beneficios

Jason R. Bailey, M.D., P.A. & Lone Star Surgical Partners, P.A.

Acuerdo de servicios profesionales

Yo, el abajo firmante paciente, o representante personal que actúo en nombre del paciente, por el presente contrato los servicios de los proveedores médicos aplicables para la prestación de servicios y tratamiento de mi condición médica.

Consentimiento de tratamiento médico y quirúrgico

El paciente por el presente presta consentimiento para el procedimiento (o procedimientos) que se puedan realizar en calidad de paciente internado o ambulatorio, incluso el servicio o tratamiento de emergencia, que puede incluir, entre otros, procedimientos de laboratorio, pruebas de diagnóstico, tratamientos o procedimientos médicos y quirúrgicos, anestesia o servicios especiales que se prestan al paciente conforme a las indicaciones generales y especiales del médico o cirujano del paciente.

Cesión de beneficios de seguro

En contraprestación de la provisión del pago antes del tratamiento, que ambas partes (Proveedor y paciente/representante personal) aceptan es una contraprestación válida y onerosa, por el presente designo directamente a Jason R. Bailey, M.D., P.A. y Lone Star Surgical Partners, P.A., en conjunto denominados **Proveedores**, como mis representantes designados y autorizados, y les cedo y otorgo todos los beneficios médicos, beneficios de protección contra lesiones personales y/o beneficios de pagos médicos, seguros o beneficios de seguro de terceros y/o el reembolso de mi seguro, si lo hubiere, que me correspondería por los servicios médicos, procedimientos quirúrgicos, pruebas de diagnóstico, tratamientos médicos, terapias, y/o medicamentos provistos por las entidades que se mencionaron antes. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos del tratamiento médico independientemente del seguro de terceros aplicable, mi seguro o los pagos de beneficios. Por el presente acepto reembolsar a los **Proveedores** la acumulación de costos incurridos para recuperar el pago que yo adeudo por todos los tratamientos y servicios médicos que me prestaron, incluso los honorarios legales razonables. Por este medio autorizo a los **Proveedores** a notificar a cualquier compañía de seguros de terceros, personas y/o entidades sobre estos términos y Condiciones **de Servicio y Cesión de Beneficios y otorgarles una copia de este documento.**

Autorización para divulgación de información

Por este medio autorizo a los **Proveedores** a entregar la información de paciente solicitada, lo que incluye, sin limitación, información sobre mis enfermedades transmisibles como VIH y hepatitis, a los médicos a los que me deriven y a cualquier compañía de seguros, plan de salud o tercero, otra entidad o pagador a los efectos de obtener pago y procesar mis reclamos por los servicios médicos y tratamiento prestado. Además, autorizo a los **Proveedores** a divulgar información de mis registros médicos a cualquier otro centro de salud al cual pueda ser transferido. También, autorizo a cualquier fiduciario administrador del plan, otro asegurador, compañía de seguro y/o apoderado a divulgar a los **Proveedores** cualquier documento del Plan, resumen de descripción de beneficios, póliza de seguro, documentos de acuerdo y/o información de acuerdo cuando los **Proveedores** o sus representantes lo soliciten por escrito para facilitar su reclamo para el pago directo de dichos beneficios médicos.

Cesión de reclamos administrativos

Como contraprestación extra del pago anteriormente mencionado al proveedor antes del tratamiento, que ambas partes consideran una contraprestación válida y onerosa, además de la cesión de los beneficios médicos y/o reembolsos del seguro arriba descritos, también cedo y/o concedo a los **Proveedores** todo reclamo o acción legal o administrativa que surja de cualquier plan de salud de grupo, plan de salud, plan de beneficios o seguro de salud de empleados sobre los gastos médicos incurridos como resultado de los servicios médicos, tratamientos médicos, pruebas de diagnóstico, terapias y/o medicamentos que reciba de parte de los **Proveedores**. Esto constituye un incumplimiento expreso y consciente de reclamos de deber fiduciario u otros reclamos legales y/o administrativos según ERISA. Mi intención con esta cesión es otorgar a los **Proveedores** todos mis derechos a reclamar (o alternativamente, a establecer un embargo en) los beneficios médicos relacionados con los servicios médicos, tratamientos médicos, terapias médicas, pruebas de diagnóstico y/o medicamentos provistos lo que incluye derechos a cualquier acuerdo, seguro o recursos legales o administrativos aplicables (lo que incluye daños que surjan por incumplimiento de los reclamos por deberes fiduciarios según ERISA). Concedo los derechos a los cesionarios y/o representantes designados (designados anteriormente como proveedores) para (1) obtener información sobre el reclamo como si fueran yo mismo; (2) presentar pruebas; (3) realizar declaraciones sobre hechos o derechos; (4) realizar cualquier pedido, lo que incluye suministrar o recibir notificaciones sobre procesos de apelación; (5) participar en cualquier acción administrativa y judicial y entablar reclamos o elegir una acción o derecho contra cualquier parte, compañía de seguros, plan de beneficios de empleados, plan de beneficios de salud o administrador del plan responsables. Los **Proveedores** antes nombrados como mis cesionarios y mis representantes autorizados designados podrán demandar a cualquier plan de beneficios de salud, plan de beneficios de empleados, administrador del plan o compañía de seguro en mi nombre con legitimación procesal derivada a cargo del **Proveedor.** Esta cesión es irrevocable y válida para todas las revisiones administrativas y judiciales conforme a PPACA (legislación de reforma de atención médica), ERISA, Medicare y leyes federales y estatales aplicables. Dentro de mi conocimiento, no existe ninguna prohibición para esta cesión en mi plan, si existiera alguna prohibición, acepto firmar cualquier documento para permitir al proveedor recibir el pago directamente por los servicios que me brinde.

La fotocopia de esta cesión se considerará válida, como si fuera el original. Iniciales _____

Cesión de Medicare (si tiene cobertura de seguro de Medicare)

Certifico que la información que brindo en mi solicitud de pago conforme al Título XVII de la Ley de Seguro Social es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados sea en mi nombre. Autorizo la divulgación de toda información necesaria para actuar en función de este pedido. Como contraprestación extra del pago anteriormente mencionado al proveedor antes del tratamiento, que ambas partes consideran una contraprestación válida y onerosa, cedo todos los reembolsos a los que pueda tener derecho por pago directo a los **Proveedores** nombrados anteriormente por los servicios y tratamiento médicos. Entiendo que soy responsable por todo saldo restante que no esté cubierto por ningún seguro.

Cesión de participación irrevocable (si tiene un reclamo de lesión personal contra algún tercero)

Como contraprestación extra del pago anteriormente mencionado al proveedor antes del tratamiento, que ambas partes consideran una contraprestación válida y onerosa, por este medio otorgo, concedo y entrego los derechos de propiedad de manera irrevocable e indivisa y cualquier embargo sobre cualquier reclamo o causa de acción, una participación indivisa en mi reclamo y cualquier acuerdo o pago que reciba por dicha lesión hasta el monto total facturado por los **Proveedores** por dichos servicios, sin importar los pagos parciales recibidos por cualquier otro pagador de seguro no contratado. Acepto notificar al **Proveedor** de inmediato de cualquier cambio de los abogados que manejen el reclamo. Por este medio autorizo a los **Proveedores** a notificar a cualquier compañía de seguros de terceros, personas y/o entidades sobre estos términos y Condiciones **de Servicio y Cesión de Beneficios y otorgarles una copia de este documento.**

Indemnización por Accidentes de Trabajo

Como contraprestación extra del pago anteriormente mencionado al proveedor antes del tratamiento, que ambas partes consideran una contraprestación válida y onerosa, si la condición médica por la que solicito tratamiento fuera causada por una lesión relacionada con el trabajo, entiendo que debo, conforme a las leyes de Texas y antes de que se preste cualquier servicio, informar a los **Proveedores** la naturaleza relacionada con mi empleo de la condición, la identidad de mi empleador y cualquier otra información necesaria para permitir a los **Proveedores** presentar un reclamo por el costo de sus servicios a mi empleador o a la aseguradora de indemnización por accidentes de trabajo. Se requiere que los **Proveedores** presenten una factura a la aseguradora dentro de cierto período de tiempo una vez que el proveedor sepa que la lesión está relacionada con el trabajo.

El abajo firmante certifica que ha leído y comprende lo anterior, tiene capacidad para firmar este acuerdo, lo hace de manera voluntaria y bajo su propia decisión y acuerdo, tuvo la oportunidad de que un abogado revise este documento antes de firmarlo, recibió una copia del mismo y es paciente, representante legal del paciente o está debidamente autorizado por el paciente como el agente general del paciente para firmar lo anterior y aceptar sus términos.

_____
Nombre en letra imprenta del paciente/Representante personal

_____ _____
Firma del paciente/Representante personal Relación con el paciente

_____
Nombre en letra imprenta del testigo

_____ ____/____/____
Firma del testigo Fecha

La fotocopia de esta asignación se considerará válida, como si fuera el original. Iniciales _____

TEXAS DEPARTMENT OF INSURANCE
Compliance Division - Consumer Protection (111-1A)
333 Guadalupe, Austin, Texas 78701 ★ PO Box 149091, Austin, Texas 78714-9091
(800) 252-3439 | F: (512) 490-1007 | TDI.texas.gov | @TexasTDI

Solicitud de Mediación del Seguro de Salud Médico

Llene el cuestionario y envíelo por correo, fax o correo electrónico a

Mail Code 111-1A
Consumer Protection
Texas Department of Insurance
P.O. Box 149091
Austin, TX 78714-9091
Fax: 512-490-1007
Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

Por favor proporcione la siguiente información y firme en la parte inferior. Las secciones en negritas son requeridos.

Favor de agregar copias de facturas que están en disputa y las explicaciones de beneficios (EOB siglas en inglés) de la compañía de seguro donde muestre la cantidad que la compañía de seguro a pagado.

Información de Contacto del Afiliado

Nombre (Primero, segundo, apellido) _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Número de Teléfono _____

Correo Electrónico _____

Información del Abogado o Representante , sólo si es aplicable

Nombre del abogado o representante _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal_____

Número de Teléfono _____

Información de Compañía de Seguro

Titular del seguro (Si es diferente de arriba)_____

Número de subscripción del Afiliado _____

Número de póliza de grupo _____

Nombre de la Compañía de seguro o administrador _____

Dirección de la Compañía de Seguro. o administrador _____

Núm. de Tel. de Compañía de seguro o administrador _____

Núm. de Reclamo asignado por compañía de seguro o administrador _____

Información del Médico del Hospital fuera de Red

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal_____

Número de teléfono _____

Fecha del servicio en cuestión _____

Información del Hospital

Nombre del hospital donde los servicios fueron proporcionados _____

Nombre_____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Breve Descripción del Reclamo a mediar **(requerido)**

_____

_____

_____

Yo certifico que el reclamo(s) indicados arriba califican para mediación obligatoria de acuerdo con los requisitos del Capítulo 1467 Código de Seguro Médico de Texas

_____ _____
Firma del Afiliado /Solicitante/Representante Fecha

Elegibilidad para Mediación

Puede solicitar mediación si su reclamo cumple con los siguientes criterios:

- Usted tiene cobertura mediante un plan de seguro de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO siglas en inglés) o tiene cobertura mediante el Sistema de Empleados Jubilados de Texas (ERS siglas en inglés), Este programa no aplica para planes autofinanciados como ERISA, plan de indemnización, Medicare y Medicaid.
- Su reclamo es para un servicio médico o suministro proporcionado por un médico del hospital fuera de la red (como un radiólogo, un anestesiólogo, un patólogo, un médico del departamento de emergencias o un neonatólogo). Para servicios brindados en o después del 1 de septiembre de 2015, la mediación también está disponible para los servicios de un asistente de cirujano.
- Ud. se le brindó un servicio médico o suministro en un hospital de proveedores preferidos dentro de su plan de beneficios de proveedores preferidos.

- La cantidad que usted deba al médico contratado por el hospital por los servicios proporcionados antes del 1 de septiembre del 2015 (sin incluir copagos, deducibles, coseguro y cantidades pagadas por la compañía de seguro o administrador directamente a Ud.) es más de $1000. Por esos servicios proporcionados en y después del 1 de septiembre de 2015 este límite se reduce a $500.

Información Pública

Cuando se envía información al Texas Department of Insurance (TDI),tome en cuenta que TDI está sujeto a la Acta de Información Pública de Texas. Por ley, mucha de la información que presenten a TDI puede ser considerada como registros públicos pero partes pueden ser confidencial. Por ejemplo, su información personal puede estar protegida por la doctrina de la ley común de privacidad, el acta de Practicas de Medicina o el Acta de Información Pública de Texas. Compartir su información con motivos de esta solicitud no exime estas protecciones de confidencialidad..

Además, bajo el Capítulo 552 del Código Gubernamental de Texas, Ud. generalmente tiene el derecho a revisar y recibir información de usted incluyendo información privada. Ud. también está autorizado a solicitar que TDI corrija datos incorrectos que TDI tiene de usted. Para más información en cómo obtener información de TDI o corregir información conservada por TDI, favor de contactar nuestro correo electrónico AgencyCounsel@tdi.texas.gov o revise los procedimientos de corrección de TDI en esta liga: www.tdi.texas.gov/commish/legal/lccorprc.html.

JASON R. BAILEY, MD

PLASTIC, RECONSTRUCTIVE + COSMETIC SURGERY

Autorización para Comunicar y Divulgar PHI por Correo Electrónico y/o Mensaje de Texto

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
NOMBRE:	
FECHA DE NACIMIENTO:	

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA PHI POR CORREO ELECTRONICO	
CORREO ELECTRONICO:	
CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA PHI POR MENSAJE DE TEXTO	
NÚMERO DE TEXTO:	

Comunicación a través de Internet o por mensaje de texto conforme a esta Autorización no será codificado y por lo general NO es considerado información segura. No hay garantía de privacidad cuando se manda información por correo electrónico o mensaje de texto. Aún, Ud. puede preguntar que nos comuniquemos con Ud. por correo electrónico o mensaje de texto. Para esto, debe e completar esta Autorización y regresarlo a su médico. Su médico no condicionará tratamiento, pago, inscripción, elegibilidad de beneficios u otras Operaciones de Atención Médica basado en su decisión de firmar o no firmar esta Autorización.

NOTA:

a. Su médico no compartirá información que está específicamente protegida por ley. Esto incluye SIDA/VIH, abuso de substancias e información de salud mental.

b. Su autorización no será efectiva hasta que Ud. reciba y responda correctamente a un mensaje de texto de prueba a su correo electrónico y/o número de texto. Su médico o alguien del consultorio enviarán este mensaje prueba para confirmar el correo electrónico y/o el mensaje de texto. Por favor seleccione la pregunta de prueba que desea usar y de la respuesta.

☐ El apellido de soltera de mi mamá: _____
El nombre de mi primer mascota: _____
El nombre de mi preparatoria: _____

Por favor escriba sus iniciales en cada espacio en blanco y firme abajo:

_____ La dirección de correo electrónico en esta Autorización es correcta. Yo por la presente autorizo toda divulgación de mi Información Médica Protegida ("PHI") como lo define HIPAA y la ley estatal mediante correo electrónico para enviarse a este correo electrónico

_____ El número de texto en esta Autorización es correcto. Yo por la presente autorizo toda divulgación de mi Información Médica Protegida ("PHI") como lo define HIPAA y la ley estatal mediante mensaje de texto para enviarse a este número de texto.

_____ Yo entiendo y reconozco que las comunicaciones a través del Internet y por mensaje de texto no son seguras. No hay garantía de privacidad en la información cuando se usa este medio.

_____ Yo entiendo completamente y reconozco el potencial que cualquiera de mi PHI divulgada a través de Internet o por mensaje de texto está sujeta a que se vuelva a divulgar y deja de estar protegida por HIPAA una vez enviada al correo electrónico o número de texto en esta Autorización.

_____ Yo acepto exonerar a JASON R BAILEY MD PA y todos los individuos asociados con de cualquier y todos las reclamaciones y responsabilidades relacionadas con esta Autorización..

Firma del Paciente Fecha de Hoy

VENCIMIENTO

A menos que Ud. anule por escrito en la parte de abajo, esta Autorización se expirará hasta cualquiera de los siguiente (1) 1 año después de la fecha de su firma o (2) la fecha donde termino mi cuidado por JASON R BAILEY MD PA y sus médicos y soy transferido al cuidado de otro médico u otro consultorio médico.

DERECHO REVOCAR

Yo solicito que mi médico no utilice más el correo electrónico y/o número de texto mencionados anteriormente para comunicarse conmigo.

Firma del Paciente Fecha de Hoy

Yo no seguiré utilizando este correo electrónico y/o número de texto mencionado anteriormente para comunicarme con el paciente de la parte superior..

Firma del Médico Fecha de Hoy

JASON R. BAILEY, MD

PLASTIC, RECONSTRUCTIVE + COSMETIC SURGERY

Jason R. Bailey M.D., P.A. I Cosmeteik Med Spa

LIBERACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE VIDEO Y FOTOGRAFÍAS

Yo por la presente consiento irrevocablemente el uso y reproducció n por Jason R. Bailey MD PA de fotografías, im ágenes electrónicas o grabación de video de mi tomadas por Jason R. Bailey MD PA ya sea proporcionadas por mi o por un tercero (comúnmente imágenes) con el motivo de informar a la profesión médica y público general sobre cirugía pl ástica y los procedimientos y técnicas de cirugía plástica sin darme compensació n.. Dicho uso debe incluir pero no limitarse a distribuir imá genes por impresión, medios visuales y electró nicos, espec íficamente incluyendo la página en línea de Jason R. Bailey MD PA/Cosmeteik Med Spa y otros sitios sociales como YouTube, Facebook y Twitter. Las imágenes (incluyendo cualquier negativo fotográfico) serán propiedad exclusiva de Jason R. Bailey MD PA. Jason R. Bailey MD PA además tendrá el derecho de usar mi nombre en relación con ello si lo decide.

Yo por la presente renuncio al derecho de inspeccionar o aprobar el producto final, fotografía, video, DVD, CD ROM o material que se pueda usar en conjunto con ello o en el uso eventual que se pudiera utilizar.

Yo por la presente libero, disuelvo y acepto a eximir de toda responsabilidad a Jason R. Bailey MD PA y sus respectivos representantes, encargados y trabajadores y cualquier persona actuando con el permiso y autoridad, de y en contra cualquier reclamo de ninguna manera en conexión con el uso de mis Imágenes y nombre y la reproducción del mismo mencionado antes incluyendo cualquier reclamo por pago en relación con la distribución o publicación del video y/o fotografías.

Yo por la presente garantizo que soy mayor de veintiún años de edad y competente para establecer en mi propio nombre lo que concierne en la parte superior.

Yo he leído y entiendo la previa liberación, autorización y acuerdo, antes de firmar mi nombre en la parte de abajo y lo hago consiente y voluntariamente.

Fecha:_____ Nombre:_____

Firma:_____

Yo he leído la Liberación y Autorización de arriba. Yo soy el padre, guardi á n o conservador del menor :

Yo tengo permitido firmar esta Autorización a nombre suyo y dar esta Autorización para el interés de la educación pública.

Fecha: Nombre:

Firma:

JASON R. BAILEY, MD 12121 RICHMOND AVE., SUITE 104 HOUSTON,TX 77082 (281) 741-5910

AUTORIZACIÓN DE SÉGURO MÉDICO

PARA: _____

NÚMERO DE PÓLIZA: _____

NÚM. DE RECLAMO.: _____

Ud. por la presente está autorizado para liberar, hablar y proveer cualquier información a mi grupo médico, **Jason R. Bailey, M.D., P.A., 12121 RICHMOND AVENUE, SUITE 104, HOUSTON, TEXAS, 77082**, y/o sus empleados, abogado, SETH ELLERIN, agentes y/o representantes para comentar y obtener facturas médicas, expedientes médicos, juicio, comunicados, y cualquier y todos los acuerdos, embargos , recuperación del monto de cualquier procedencia y documentación, papelería y escritos referentes a mi seguro médico y/o expediente de reclamación en su consultorio. Esta autorización específicamente se extiende y permite la comunicación escrita y oral conmigo y mi personal.

YO POR LA PRESENTE ADEMÁS AUTORIZO EL USO O DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN MÉDICA POR LOS SIGUENTES INDIVIDUO(S) U ORGANIZACION (ES) DESCRITAS ABAJO

Toda y cualquiera de la siguiente información puede ser divulgada:

1. Expedientes médicos, archivos, historial, apuntes y cartas.
2. Rayos X, filminas, IRM, tomografías computarizadas y reportes.
3. Historial médico del paciente, resumen de alta, resultaos de laboratorio y reportes de consultas.
4. Reportes y archivos vocacionales, psicológicos y psiquiátricos.
5. Personal, asistencia, empleo, registro de nómina y salarios del empleador(es) o escuela(s).
6. Registros de seguro, incluyendo reclamos, facturas detalladas, correspondencia, pagos y todos los documentos dentro del expediente.

Yo entiendo que la información de mi expediente de salud puede incluir información relacionada a enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida(SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Puede además incluir información sobre servicios de salud del comportamiento o mental, tratamientos de abuso de alcohol o drogas. Estos archivos e información puede ser divulgados a y usados por **Jason R. Bailey, M.D., P.A., 12121 RICHMOND AVENUE, SUITE 104, HOUSTON, TEXAS, 77082.** A Una copia o fax de este documento puede ser considerado como efectivo y válido como el original.

Yo entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si yo revoco esta autorización lo debo hacer por escrito y presentar mi revocación escrita a la compañía de seguro que se encuentra en la parte superior de esta autorización y a JASON R. BAILEY M.D, P.A.. A menos que se revoque, esta autorización no expirará hasta la conclusión de mi caso.

Yo entiendo que autorizar la divulgación de la información médica es voluntaria. Yo puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este documento para garantizar tratamiento. Yo entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información a usar o divulgar como se establece en CFR 164.524.. Yo entiendo que divulgar información lleva consigo un potencial de que se vuelva a divulgar y la información puede no estar protegida por las reglas de confidencialidad federal. Una copia de esta autorización tendrá el mismo vigor y efecto como la original.

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento:_____SS#: _____

Fecha: _____

_____
Firma del Paciente

JASON R. BAILEY, MD
PLASTIC, RECONSTRUCTIVE + COSMETIC SURGERY

JASON R. BAILEY, MD 12121
RICHMOND AVE., SUITE 104
HOUSTON,TX 77082 (281) 741-5910

Para Abogado: _____

_____

_____

Asunto: PACIENTE: _____

AUTORIZACIÓN DE ABOGADO

YO, _____, autorizo a **Jason R. Bailey, M.D., P.A., 12121 RICHMOND AVENUE, SUITE 104, HOUSTON, TEXAS, 77082**, y/o sus empleados, agentes abogados, SETH ELLERIN, y/o agentes y/o representantes , para comentar y obtener, cualquier y todos los acuerdos, embargos, recuperación del monto de cualquier procedencia y documentación, papelería y escritos, concernientes a mi expediente en su consultorio. Esta autorización específicamente se extiende a y permite la comunicación oral y escrita con nuestro médico y/o personal.

YO POR LA PRESENTE ADEMÁS AUTORIZO A EL USO O DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN DE SALUD POR LA ENTIDAD A CONTINUACIÓN:

Toda y cualquiera de la siguiente información puede ser divulgada:

7. Expedientes médicos, archivos, historial, apuntes y cartas.
8. Rayos X, filminas, IRM, tomografías computarizadas y reportes.
9. Historial médico del paciente, resumen de alta, resultaos de laboratorio y reportes de consultas.
10. Reportes y archivos vocacionales, psicológicos y psiquiátricos.
11. Personal, asistencia, empleo, registro de nómina y salarios del empleador(es) o escuela(s).
12. Registros de seguro, incluyendo reclamos, facturas detalladas, correspondencia, pagos y todos los documentos dentro del expediente.

Yo entiendo que la información de mi expediente de salud puede incluir información relacionada a enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida(SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Puede además incluir información sobre servicios de salud del comportamiento o mental, tratamientos de abuso de alcohol o drogas. Estos archivos e información puede ser divulgados a y usados por **Jason R. Bailey, M.D., P.A., 12121 RICHMOND AVENUE, SUITE 104, HOUSTON, TEXAS, 77082.** A Una copia o fax de este documento puede ser considerado como efectivo y válido como el original.

Yo entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Yo entiendo que si revoco esta autorización lo debo hacer por escrito y presentar la revocación escrita a JASON BAILEY M.D. P.A.. A menos que se revoque, esta autorización no expirará hasta la conclusión de mi caso.

Yo entiendo que autorizar la divulgación de la información médica es voluntaria. Yo puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este documento para garantizar tratamiento. Yo entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información a usar o divulgar como se establece en CFR 164.524. Yo entiendo que cualquier información revelada lleva consigo un potencial para que se vuelva a divulgar sin autorización y que la información pueda no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad.

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento:_____SS#: _____

Fecha: _____

_____
Firma del Paciente