Damien Fertility Partners

Formulario Demográfico de la Paciente

Favor de rellenar este formulario para asegurar la facturación debida de sus servicios

Información de la paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de hoy: _____
Otro nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____
Tel. casa: _____ Cel.: _____ Tel. trabajo: _____
Doctor que remite: _____ # Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

Información del empleador

Empleador: _____
Dirección del empleador: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

Información del seguro

ASEGURADOR PRIMARIO: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____
ID/# Cert: _____ # Grupo/plan: _____ Fecha de vigencia: _____
ASEGURADOR SECUNDARIO: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____
ID/# Cert: _____ # Grupo/plan: _____ Fecha de vigencia: _____
¿Está usted cubierta bajo el seguro de su pareja? _____ Si _____ No
Laboratorio participante/hospital: _____

Información sobre la pareja

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Información del seguro de la pareja

ASEGURADOR PRIMARIO:_____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____
ID/# Cert: _____ # Grupo/plan: _____ Fecha de vigencia:_____
ASEGURADOR SECUNDARIO: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____
ID/# Cert: _____ # Grupo/plan: _____ Fecha de vigencia:_____
¿Está usted cubierta bajo el seguro de su pareja? _____ Si _____ No
Laboratorio participante/hospital: _____

Información adicional

Raza: ¿Qué categoría describe mejor su trasfondo racial? (Escoja todas las que aplican)

[ ] Indio americano o Nativo de Alaska
[ ] Asiático
[ ] Negro o Afroamericano
[ ] Hawaiano nativo o de otra isla del Pacífico
[ ] Blanco
[ ] No publicado/se negó a informar

Etnia: ¿Cómo describiría su identidad étnica, tal como su trasfondo familiar o ascendencia?

[ ] Hispano o latino [ ] No hispano ni latino [ ] No publicado/se negó a informar

Idioma preferido: ¿Qué idioma usualmente habla en su casa?

[ ] Inglés [ ] Español [ ] Otro: _____

¿Cómo supo de nuestro consultorio? [ ] Plan de salud [ ] Internet_____
[ ] Nuestra página web [ ] Sala de emergencia/hospital [ ] Periódico/revista_____
[ ] Paciente _____ [ ] Otro _____

Información de farmacia

Nombre de la farmacia: _____ [ ] Local [ ] Por correo
Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____
Teléfono: _____ Fax: _____

Nombre de la farmacia: _____ [ ] Local [ ] Por correo
Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____
Teléfono: _____ Fax: _____

_____ _____
Firma del paciente o representante Fecha

Damien Fertility Partners

Reconocimientos y autorizaciones

I. Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

Reconocimiento de la paciente

Por ley se nos requiere mantener la privacidad de información de la salud protegida, y proveer a las personas este Aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de seguridad con respecto a información de la salud protegida. Si usted tiene alguna pregunta, favor de hablar con nuestro funcionario de cumplimiento de HIPAA en persona o por teléfono llamando a nuestro número principal.

La firma abajo es sólo un reconocimiento de que se le ha dado la opción de recibir una copia o que se le ha brindado la oportunidad de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad:

Escriba su nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

II. Autorización para uso o divulgación de información de salud

Información de contacto de la paciente

Tel. casa: _____ Tel. celular: _____ Tel. trabajo: _____ Ext: __

Yo autorizo que se dejen mensajes con información médica en mi correo de voz en (marque todos los que aplican) [ ] Casa [ ] Celular [ ] Trabajo

Yo autorizo mensajes con breves detalles en: [ ] Casa [ ] Celular [ ] Trabajo

Yo autorizo mensajes con detalles extensos: [ ] Casa [ ] Celular [ ] Trabajo

Yo autorizo que se me envíe comunicaciones electrónicas seguras a mi dirección de correo electrónico a: _____

Restricciones/instrucciones: _____

Divulgación de información de historial médico y tratamiento:

Yo autorizo a los siguientes individuos a recibir información con respecto a cualquier historial médico o tratamiento recibido:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Fecha nac.: _____ Tel: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Fecha nac.: _____ Tel: _____

Restricciones/instrucciones: _____

Divulgación de datos de factura:

Yo autorizo a los siguientes individuos a recibir información con respecto a cualquier asunto relacionado con facturas y a actuar en nombre mío:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Fecha nac.:_____ Tel:_____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Fecha nac.:_____ Tel:_____

Restricciones/instrucciones: _____

Reconocimiento de la paciente:

En conformidad con la Norma de Privacidad de la ley de transferencia y responsabilidad de los seguros médicos (HIPAA) de 1996, yo entiendo que:

1. Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya tomado alguna acción en conformidad con la autorización de divulgación original. Mi revocación tiene que hacerse por escrito, firmada por mi o en mi nombre, y entregada en la dirección de su oficina. Mi revocación entrará en vigencia una vez la reciba el consultorio.
2. Una copia de esta autorización puede usarse con la misma efectividad que la original.

Esta autorización reemplaza cualquier otra autorización escrita que yo he hecho con respecto al uso, la publicación y divulgación de información médica.

Escriba su nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Parentesco: _____

Autorizaciones adicionales

Contacto de emergencia: _____ Parentesco: _____

Teléfono: _____

Yo pido que una acompañante esté presente durante mi examen? [ ] Si [ ] No [ ] Otro _____

Damien Fertility Partners

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y EL NOMBRAMIENTO DE ABOGADOS

Yo asigno todos los derechos y beneficios por mí de mi compañía de seguros a Damien Fertility Partners, Inc. ("DFP") y autorizo y empodero a DFP a apelar determinaciónes por su compania de seguros para denegar, reducir o terminar mis beneficios incluidos, pero no limitándose a, la presentación de una demanda o cuota de arbitraje. Además, autorizar y dirigir mi compañía de seguros para pagar el producto de algún beneficio debido me directamente a DFP. Una copia de este puede considerarse como un original para el objetivo de seguros. _____ (iniciales)

Yo reconozco y entiendo que soy responsable de todos los cargos de todos los servicios para mí o a cualquier miembro de mi familia. Aunque he pedido al médico para facturar a mi compañía de seguros en mi nombre, claramente entiendo que aún es mi responsabilidad para asegurarse de ser pagado dentro de un período razonable de tiempo. Si por alguna razón que cualquier porción de la factura no es pagado por mi compañía de seguros, además acepto hacer arreglos para el pronto pago de la factura. _____ (iniciales)

Estoy de acuerdo en que si recibo pago directo de mi compañía de seguros por los servicios prestados a mí, rápidamente firmar y enviar el cheque a la oficina del médico. Entiendo si yo no envio los pagos recibido por mi, una acción de colección puede presentarse contra mí en el que estoy de acuerdo en ser responsable del pago de costas judiciales y honorarios de abogados que participan en los esfuerzos para recolectar la cuota completa de la facturada por del médico, no sólo en lo que se ha pagado por mi compañía de seguros. _____ (iniciales)

En caso de que el médico elige hacer una demanda o petición de arbitraje contra la compañía de seguros, asigno mis derechos, título e interés bajo cualquier sección de cualquier póliza de seguro que tengo derecho a actuar para beneficios. Esta asignación permitirá a un abogado de su elección para traer traje o someterse al arbitraje de su reclamación por cualquier impagados para tratamiento prestados. Mi proveedor y DFP podrán designar a esa Fiscalía comenzando treinta y un (31) días después de vencimiento de la factura por los servicios prestados. Estoy de acuerdo en cooperar plenamente con ellos en la colección de los beneficios de la compañía de seguros incluyendo la plena cooperación con el abogado elegido. _____ (iniciales)

En el caso de que esta asignación es anulada por cualquier razón, yo autorizo a DFP para nombrar a un abogado de su elección para representarme directamente contra un asegurador para colectar beneficios cualquier & todos y presentar una reclamación en un foro de elección del fiscal. Esta cita se pretende habilitar a la Fiscalía recoger las facturas de DFP y esta cita no autorizar el abogado seleccionado para representarme en cualquier acción de terceros. Además, este nombramiento no entrará en conflicto con cualquier otro abogado que me representa actualmente. _____ (iniciales)

Por consentimiento para tener una firma de abogados de DFP elección representar a me, entiendo que en tales demandas mi confidencialidad puede no estar protegido y puede revelar información personal. Autorizo a mi proveedor y DFP para liberar toda la información relativa a mi lesión o enfermedad y su tratamiento al abogado designado por el cesionario o tercera persona que participan en la acción para recoger beneficios. _____ (iniciales)

He leído, comprendo y estoy en acuerdo a lo anterior. _____ (iniciales)

_____ _____

Nombre de Paciente Fecha

_____

Firma de Paciente o La Firma de Padre o Madre/Tutor Legal

_____ _____

Nombre de Pareja Fecha

_____

Firma de Pareja

Damien Fertility Partners

Consentimiento para evaluación y cuidado médico

Yo he programado una cita con la oficina de Damien Fertility Partners con el propósito de que se me haga una evaluación médica, un examen médico/físico, evaluación/examen de ultrasonido y cuidado médico. Yo consiento a que el Dr. Miguel Damien, la Dra. Aimee Seungdamrong y el personal de enfermería de Damien Fertility Partners lleven a cabo estas evaluaciones y procedimientos. Yo reconozco que de forma personal yo he escogido asistir a mi cita con el fin de que se me hagan estas evaluaciones y exámenes para recibir el cuidado médico debido. Reconozco además que si programo citas futuras o prosigo con el plan de tratamiento recomendado y las pruebas, que yo consiento a que se lleven a cabo exámenes médicos/físicos adicionales, evaluación/examen de ultrasonido y cuidado médico brindados por el Dr. Miguel Damien y Aimee Seungdamrong y el personal de enfermería de Damien Fertility Partners.

_____

Firma de la paciente

_____

Escriba el nombre en letra de imprenta

_____

Fecha

Care360®

Damien Fertility Partners

Miguel Damien, M.D., F.A.C.O.G.
Emily Holden, M.D., F.A.C.O.G.

Currently, very little is known about the impact of COVID-19 on reproduction and pregnancy. It is unknown at this time if pregnancy increases the susceptibility to, or severity of, COVID-19. The impact of COVID-19 on pregnancy is unknown. This includes uncertainty about maternal and fetal risks.

I, _____, understand the risks of undergoing infertility treatment and the lack of information on how COVID-19 impacts pregnancy and, how pregnancy impacts the disease of COVID-19. I understand that I may be exposed to COVID-19 during my office visits for my treatments. I also understand that I can cancel my cycle at any time should more information regarding reproduction and this virus become available. I also understand that my cycle may be cancelled if the medical personnel or office staff become infected. It is understood that I will no longer be able to continue my treatment should I, or my partner, become infected and therefore pose too high of a risk to come into the office. Additionally, there may be other unforeseen events that may cause my cycle to be canceled related to COVID-19 including but not limited to changes in regulations and lack of personal protective equipment. Cycle cancellation may cause financial loss, which is not the responsibility of the office. I understand that I have the option of postponing my treatment. I have had the opportunity to have my questions answered on this topic and I have decided to move forward.

_____ _____

Patient Signature Date

_____ _____

Witness Signature Date

_____ _____

Physician Signature Date.

655 Shrewsbury Avenue, Suite 300, Shrewsbury, NJ 07702, Tel: 732.758.6511, Fax: 732.758.1048
60 Park Place, Suite 210, Newark, NJ 07102, Tel: 973.732.2909 • 138 River Drive South, Jersey City, NJ 07310 • www.damienfertilitypartners.com

Damien Fertility Partners

FORMULARIO DE CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

Los pacientes de Damien Fertility Partners deben firmar este Acuerdo de confidencialidad de conformidad con la Ley de privacidad de HIPAA. Todos los pacientes deben seguir nuestro protocolo para proteger los derechos de nuestros pacientes, el personal y la información médica, lo que refleja el respeto por todos los involucrados.

Según la HIPAA, la "información de salud identificable individualmente" se puede divulgar solo con permiso por escrito a cualquier persona que no sea el paciente. Todas las discusiones sobre las condiciones médicas del paciente deben mantenerse en privado y se debe acceder a todos los registros médicos según sea necesario. La "información de salud identificable individualmente" incluye videos y fotografías de pacientes y personal. Está prohibido tomar videos y fotografías de pacientes y personal.

Firme a continuación para indicar que ha leído y está de acuerdo con las políticas.

Nombre (en letra de imprenta) _____

Fecha _____

Firma _____

655 Shrewsbury Avenue, Suite 300, Shrewsbury, NJ 07702, Tel: 732.758.6511, Fax: 732.758.1048

Damien Fertility Partners
Declaración de derechos

Tema:

Satisfacción del paciente

El evaluar la satisfacción del paciente/familia es de suma importancia para nosotros. Favor de hacernos saber cómo podemos mejorar el servicio que le brindamos.

Cómo expresar sus quejas:

Todas las quejas de los pacientes serán investigadas. Si usted tiene una queja sobre la calidad de la atención médica, usted puede contactar con el Administrador del centro en la siguiente dirección:

Dr. Miguel Damien
655 Shrewsbury Avenue, Suite 300
Shrewsbury, NJ 07702
Teléfono: 732-758-6511 Fax: 732-758-1048

Los derechos del paciente

Propósito:

Para asegurar la protección de los derechos de cada paciente, durante el contacto inicial al paciente se le entregan los Derechos y Responsabilidades del Paciente y se colocan en el área de la registración y en la sala de consulta preoperatoria.

Política:

- El centro está comprometido a asegurar que cada paciente reciba servicios profesionales y humanitarios en una manera que proteja sus derechos humanos fundamentales, civiles, constitucionales y legales.
- A todos los pacientes se les provee privacidad. La información se obtiene de forma privada y en absoluta confidencialidad. Al personal del centro que no esté involucrado en la atención del paciente no se le permite leer los registros médicos del paciente.
- Cuando al paciente se le transfiere a otro centro de salud y se envían los registros médicos del paciente, se protege la confidencialidad de tales registros.

Los derechos y las responsabilidades del paciente:

El centro ha adoptado la siguiente declaración de derechos del paciente. Esta lista incluye pero no se limita al derecho del paciente a:

- Que se le informe de sus derechos como paciente antes de que se le provea la atención o cuando interrumpa la misma. El paciente puede designar a un representante para que reciba esta información si así lo desea.

- Ejercer estos derechos independientemente de su sexo o su trasfondo cultural, económico, educacional o religioso o la fuente del pago de la atención.
- Se le provea una atención considerada y respetuosa en un ambiente seguro, libre de toda clase de abuso y acoso.
- Una debida evaluación y control del dolor.
- Mantenerse libre de todo aislamiento o restricción de cualquier clase que no sea médicamente necesaria y mantenerse libre de aislamiento y restricción de cualquier clase que se usan como un medio de coerción, disciplina, conveniencia, or represalia por parte del personal.
- Conocer el nombre del doctor que tiene la responsabilidad principal de la coordinación de su atención y los nombres y las relaciones profesionales de los otros doctores y proveedores de servicios médicos que le verán.
- Recibir información de su doctor sobre su enfermedad; su ciclo de tratamiento (incluyendo resultados no anticipados) y su expectativa de recuperación en términos que pueda entender.
- Recibir suficiente información sobre cualquier tratamiento o procedimiento propuesto como para dar su consentimiento informado o para rehusar el ciclo de tratamiento y conocer el nombre de la persona que llevará a cabo el procedimiento o el tratamiento.
    - Con la excepción de emergencias, esta información incluirá una descripción del procedimiento o tratamiento, la riesgos médicos significativos involucrados en los mismos.
- Participar en el desarrollo e implementación de su plan de atención y participar de forma activa en las decisiones sobre su atención médica. Hasta el grado máximo que permita la ley, esto incluye el derecho a pedir y/o rehusar el tratamiento.
- Formular voluntades anticipadas en cuanto a su atención médica, y el que el personal del centro y los profesionales que brindan cuidado en el centro, cumplan con estas voluntades (hasta el grado que lo permitan las leyes y regulaciones).
- El que a un pariente o representante de su elección se le informe inmediatamente de su ingreso en el centro.
- El que a su doctor personal se le avise inmediatamente de su ingreso en el centro.
- Absoluta consideración a la privacidad sobre el programa de su atención médica.
    - Las conversaciones sobre el caso, las consultas, el examen y el tratamiento son confidenciales y deben llevarse a cabo discretamente. El paciente tiene derecho a que se le informe sobre la razón de la presencia de cualquier individuo involucrado en su atención médica.
- Que se trate en confidencialidad toda comunicación y registros relacionados con su atención y sus visitas al centro.
    - Se obtendrá su consentimiento por escrito antes de poner sus registros médicos a la disposición de cualquiera que no esté directamente involucrado en su cuidado.
- Accesar información contenida en su registro médico dentro de un tiempo razonable (usualmente dentro de 48 horas de hacerse la petición)
- Respuestas razonables a cualquier petición de atención razonable que pueda hacer.
- Irse del centro aún en contra del consejo de su doctor.
- La continuidad razonable de la atención médica.

- Que se le informe sobre el proceso de quejas, en caso de que quiera expresar cualquier inquietud sobre la calidad de la atención que recibe o si cree que la dada de alta determinada es prematura.
    - El que se le informe del proceso de quejas incluye: con quién contactar para presentar una queja, y que se le proveerá un aviso por escrito sobre la determinación de la queja que contiene el nombre de la persona de contacto del centro, los pasos que se han dado a su favor con el fin de investigar la queja, los resultados de la queja, y la fecha de la finalización de la queja.
- Que se le informe si la instalación/doctor personal propone llevar a cabo o efectuar experimentación humana que afecte su atención o su tratamiento. La paciente tiene derecho a rehusar participar en tales proyectos de investigación.
- El que su doctor o delegado de su doctor le informe de los requisitos para la continuidad de la atención después de que se le da de alta del centro.
- Examinar y recibir una explicación de su factura independientemente de la fuente del pago.
- Conocer cuáles reglas y políticas del centro aplican a su conducta mientras es un paciente.
- Que todos los derechos de paciente apliquen a la persona que tenga responsabilidad legal para tomar decisiones con respecto a la atención médica de parte del paciente.

Todo el personal del centro, los miembros del personal médico y el personal de la agencia contratada que lleva a cabo actividades para la atención del paciente tendrá que observar estos derechos del paciente.

_____ _____

Firma de la paciente Fecha

_____

Escriba su nombre en letra de molde