



BROWN FERTILITY
CONCEIVING MIRACLES™

New Patient Information Form
Form must be filled out completely to ensure correct claim processing.

Información del paciente:

Nombre _____ **SS#** _____

¿Cómo le gustaría que se dirigiera a usted? _____

Dirección _____

Fecha de Nacimiento _____ Teléfono de casa _____

Teléfono de trabajo _____ Teléfono celular _____

Correo Electrónico _____ Estado civil Casado Soltero Viuda

Empleador _____

Médico de referencia _____

Médico de Atención Primaria _____

Información del Cónyuge / pareja:

Nombre _____ **SS#** _____

Dirección (si es diferente de la anterior) _____

Fecha de nacimiento _____

Teléfono residencial (si es diferente de lo anterior) _____

Teléfono de trabajo _____ Teléfono celular _____

Correo electrónico _____

Contacto de Emergencia, no vivir con usted:

Nombre _____

Número de teléfono _____

Información de farmacia:

Nombre, número de teléfono, fax y dirección _____

Información del seguro:

Seguro Primario _____

Nombre del suscriptor (asegurado) _____

Fecha de nacimiento del suscriptor de la página de inicio _____ Suscriptor SS# _____

Identificación # _____ Nombre y número de grupo # _____

Relación del paciente con el asegurado Yo mismo Esposo Hijo

Dirección del seguro _____

Seguro secundario _____

Nombre del suscriptor (asegurado) _____

Fecha de nacimiento del suscriptor de la página de inicio _____ Suscriptor SS# _____

Identificación # _____ Nombre y número de grupo # _____

Relación del paciente con el asegurado Yo mismo Esposo Hijo

Dirección del seguro _____

Información de referencia del paciente:

Referido por: _____

Si es referido por un amigo, ¿podemos darle las gracias? Sí / No

Entiendo que soy responsable directa y principal de Brown Fertility por su tarifa habitual por los servicios que me prestan. Me doy cuenta de que si mi compañía de seguros no paga o si hay algún retraso en el pago de Brown Fertility es mi responsabilidad pagar la factura de mi médico directamente. Además, entiendo y acepto que si no hago pagos oportunos a Brown Fertility, seré responsable de cualquier costo razonable de cobro, incluyendo los honorarios de presentación, así como de cualquier honorario de abogado razonable.

Para los servicios prestados, autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra información necesaria para procesar reclamos a mi compañía de seguros. Esto puede incluir el diagnóstico y los registros en el curso de mi examen o tratamiento. También solicito el pago de beneficios del gobierno a mí mismo o al partido que acepta la asignación. Autorizo el pago de beneficios médicos al médico que presenta la reclamación. Acepto eximir a Brown Fertility de todos y cada uno de los costos, responsabilidades y daños y la naturaleza, incluidos los honorarios razonables de abogados, resultantes directamente de la publicación de mis registros médicos de conformidad con este consentimiento.

Entiendo que la oficina puede emplear a un Profesional De Enfermera Registrada Avanzada (ARNP) o Asistente Médico (PA) y si estoy programado con ellos, estoy dispuesto a verlos en lugar del médico. Reconozco que he leído esta autorización y entiendo perfectamente su contenido.

Para uso de Brown Fertility:

Tarjeta de seguro escaneada/copiada Sí No

ID Escaneado/Copiado Sí No

Brown Fertility Exención de seguro para NO CUBIERTOS

SERVICIOS NO CUBIERTOS Y NO REFERENCIA DE SEGURO

1. SERVICIOS NO CUBIERTOS

Entiendo que mi seguro solo pagará por los servicios y suministros que determine que son beneficios cubiertos bajo mi plan particular y médicamente necesarios para mi atención y tratamiento. Brown Fertility me ha informado que el siguiente servicio es o puede ser un Servicio No Cubierto bajo mi plan de seguro:

Deseo tener el servicio o suministro proporcionado con el entendimiento de que los cargos no se presentarán con mi seguro, o si los cargos se presentan y mi compañía de seguros niega el pago, seré financieramente responsable del costo total del servicio.

Brown Fertility me proporcionará una estimación de mi responsabilidad financiera total y la fecha en que esta cantidad debe ser pagada en su totalidad. Entiendo que debido a las necesidades individuales de cada tratamiento, procedimiento o embarazo, esta tarifa es sólo una estimación. En caso de que mi atención supere el monto de la estimación, seré financieramente responsable del saldo.

2. SIN REMISIÓN

Entiendo que si no tengo una referencia para la visita de hoy, seré visto como un paciente de "Pago Privado" hoy.

Firma del paciente _____

Firma del tutor o representante legal (si corresponde) _____

Fecha: _____

Esta exención no debe utilizarse para beneficiarios de Medicare. Por favor, informe a nuestra oficina si está cubierto por Medicare, ya que requieren que se utilice su propio Aviso de Beneficiario Avanzado (ABN).

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS EXAMENES/INSTRUMENTOS PELVICOS (Florida Statue SB-698)

Yo _____ por la presente autoriza, consiente y acepta que Brown Fertility lleve a cabo todos los exámenes pélvicos e instrumentación necesarios pertinentes a mi tratamiento de infertilidad durante la duración de dicho y cualquier tratamiento realizado en Brown Fertility.

También soy consciente de que Brown Fertility puede utilizar numerosos médicos, residentes, profesionales de enfermería, asistentes médicos o enfermeras que pueden participar o realizar los exámenes pélvicos. Autorizo al siguiente personal con su ayuda para participar y/o realizar estos exámenes.

- | | | |
|----------------------|------------------------|-----------------------|
| 1. Samuel Brown M.D. | 4. Fernando Gomez M.D. | 7. Tiffany Baker R.N. |
| 2. Bruce Rose M.D. | 5. Rafael Cabrera M.D. | 8. Maria Saravia R.N. |
| 3. Casey Evans M.D. | 6. Lindsey Kral R.N. | 9. Callie Neuman R.N. |

A los efectos de esta Forma de Consentimiento, un "examen pélvico" significa una serie de tareas que comprenden un examen de la vagina, el cuello uterino, el útero, las trompas de Falopio, los ovarios, el recto o el tejido u órganos pélvicos externos, la próstata, el pene o el escroto; utilizando cualquier combinación de modalidades, que pueden incluir, pero no es necesario limitarse a, la mano enguanda o instrumentación del proveedor de atención médica. También puede incluir ultrasonidos, aspiración de quistes ováricos, paracentesis o cualquier otra instrumentación pélvica que el proveedor considere necesaria.

Al firmar este formulario, usted acepta y entiende que los exámenes pélvicos y la instrumentación como se indicó anteriormente son necesarios para un tratamiento eficaz de la infertilidad.

Además, libero a Brown Fertility o al personal médico que realiza el examen, y a los empleados, oficiales y sucesores de Brown Fertility de cualquier responsabilidad, reclamación y causa de acción, conocida o desconocida, contingente o fija, que pueda resultar de este examen pélvico.

He leído y entiendo este Formulario de Consentimiento Informado, y doy mi consentimiento para dicha evaluación y tratamiento.

Nombre del paciente (impresión): _____

Firma del paciente: _____

Nombre/Firma del testigo: _____

Fecha: _____

ACUERDO FINANCIERO DE FERTILIDAD BROWN

- **RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRIVACIDAD**

Reconozco que tengo la oportunidad de, en cualquier momento, solicitar una copia del Aviso de Privacidad de Fertilidad Marrón de fecha 1 de septiembre de 2013 ("Aviso"). Entiendo que soy responsable de leer este Aviso y notificar a Brown Fertility por escrito, de cualquier solicitud de restricciones en el uso o divulgación de mi información de salud identificable individualmente. Entiendo que el aviso incluía el acceso electrónico a mi historial de medicamentos. Brown Fertility tiene el derecho de revisar este Aviso en cualquier momento y publicará una copia del Aviso actual en la oficina en una ubicación visible en todo momento y en nuestro sitio web. Brown Fertility me proporcionará una copia de su aviso más reciente a petición mía.

Entiendo y reconozco que todas las llamadas (entrantes y salientes) pueden ser grabadas y que las instalaciones están bajo videovigilancia grabada. Tanto las grabaciones telefónicas como las de vídeo se pueden utilizar para garantizar la calidad/formación interna y para posibles fines legales.

- **FINANCIAL RESPONSIBILITY and INSURANCE COVERAGE**

Entiendo que en consideración a los servicios prestados al paciente, soy responsable directa y en última instancia de pagar el monto de todos los cargos incurridos por los servicios y procedimientos prestados en Brown Fertility. Brown Fertility verificará mi seguro y determinará si los servicios están cubiertos. Si los servicios no están cubiertos (no pagaderos) bajo mi plan de seguro, entiendo que debo pagar por todos los Servicios no cubiertos. Se me proporcionará una estimación de mi responsabilidad financiera total y la fecha en que esta cantidad debe ser pagada en su totalidad. Es posible que se requiera un depósito de prepago. Algunas compañías de seguros pueden requerir una inscripción en el programa, así como otros requisitos previos antes de cubrir la infertilidad y entiendo que es mi responsabilidad estar familiarizado con mi póliza y tales requisitos.

Si algún servicio está cubierto por mi seguro, soy responsable de cualquier deducible, coseguro o co-pagos aplicables antes de la prestación de servicios. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar a Brown Fertility una copia de mi tarjeta de seguro actual. Si es necesario, se completará una exención por cada visita de Pago Privado o Servicio No Cubierto. En el caso de que reciba el pago de mi compañía de seguros, acepto avalar cualquier pago adeudado por los servicios prestados a Brown Fertility. Si el proveedor no está contratado con su operador principal, los servicios deben ser pagados en su totalidad en el momento en que se prestan los servicios. Entiendo que Brown Fertility puede cobrar por tarifas de "facilidad" no contratadas relacionadas con procedimientos en la oficina. Dichas tasas no pueden presentarse al seguro y deben pagarse antes de que se realice el procedimiento.

Si no tengo seguro, seré considerado un paciente de pago privado (o auto pago) y soy financieramente responsable del monto total de los servicios prestados. Todos los pacientes que reciben servicios médicos están obligados a proporcionar su número de seguro social antes de que se presten los servicios y están obligados a pagar antes o en el momento del servicio. Los pacientes sin número de seguro social deben proporcionar un documento de identidad válido. Si los servicios se envían a un laboratorio externo, los servicios serán facturados a mi seguro o yo por el laboratorio y recibiré una factura separada.

Entiendo y reconozco que Brown Fertility utiliza proveedores externos para servicios como anestesia y laboratorios y que todos los honorarios por dichos servicios son independientes de los honorarios de Brown Fertility y se deben directamente a la compañía de terceros utilizada.

- **CRYOPRESERVATION Y ALMACENAMIENTO**

Si ha dado su consentimiento para congelar sus embriones, ovocitos y/o espermatozoides, se aplicará una tarifa de almacenamiento. Si las tarifas de almacenamiento no se pagan dentro de un período de 30 días a partir de la emisión de la factura, la tarifa se considerará morosa e ingresará un proceso de cobro que puede resultar en reportar la deuda a una oficina de crédito. Las tasas de criopreservación que se convierten en morosas entrarán en el mismo proceso de recolección que las tarifas de almacenamiento no pagadas y los especímenes crioconservados pueden transferirse a una instalación de almacenamiento exterior.

En caso de interrupción de negocios o fuerza mayor que incluya, sin limitación, incendio, huracán, inundación, tornado, terremoto, elementos de la naturaleza o evento descrito como un acto de Dios, pandemia global, actos de guerra, terrorismo, disturbios, trastornos civiles, rebeliones, revoluciones o huelgas, bloqueos o dificultades laborales, Brown Fertility transferirá todos los especímenes crio conservados a una instalación exterior como Reprotech.

- **CANCELACIÓN DEL CICLO DE FIVIÓN PROGRAMADO O PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS**

Si se cancela un ciclo programado de FIV/FET/Donante o un procedimiento quirúrgico de hospital/oficina por cualquier motivo, se aplicará una tarifa de cancelación. Una cancelación es tarifa se define como 30% del costo del ciclo o depósito de seguridad de la cirugía. La cancelación de FIV se define como la interrupción del ciclo una vez contratado (tarifa de iniciación pagada y calendario recibido) y la cancelación quirúrgica se define como cancelación por cualquier motivo antes de la fecha de la cirugía.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Por la presente doy mi consentimiento y autorizo la realización de todos los procedimientos y cursos de tratamiento apropiados, la administración de todos los anestésicos, y todos y cada uno de los medicamentos que a juicio de mi proveedor puedan ser considerados necesarios o aconsejables para mi diagnóstico y/o tratamiento.

- **INFORMACION ADICIONAL**

El pago se puede hacer a Brown Fertility en forma de: Efectivo, Cheque, Tarjetas de Débito y Crédito y fuera de las instituciones de crédito. Si el pago se realiza con tarjeta de crédito por teléfono, se enviará un recibo de tarjeta de crédito por correo electrónico al paciente después de procesar el pago. Los pacientes que reciben servicios en nuestras oficinas satélite pueden tener que pre-pagar por todos los servicios que se prestarán.

Entiendo que se aplican cargos adicionales a mi cuenta por cualquier cheque devuelto utilizado para pagar en mi cuenta, por cartas certificadas que me enviaron para su cobro en mi cuenta y cargos de agencia de cobro. En caso de que la cuenta sea referida a una agencia de cobro externa o a un abogado para su cobro, el abajo firmante pagará todos los honorarios por el cobro de hasta treinta y tres (33%), incluyendo una tarifa de abogado razonable. Cualquier crédito de paciente (reembolsos) se aplicará a mis otros saldos de pacientes pendientes antes de cualquier reembolso emitido. Además, entiendo que dicho pago no está supeditado a ningún seguro, liquidación o pago de juicio.

También se me puede cobrar si no cancelo mi cita programada, por no pagar mi copago y/o coseguro o responsabilidad del paciente, incluido el deducible en el momento del servicio, por los servicios de administración telefónica, para materiales educativos, por acuerdos de pago que se extienden más allá de 12 meses, formularios FMLA, y por otros gastos administrativos, incluyendo la copia de registros médicos. No se cobra una tarifa de show de \$50 si nuestra oficina no es notificada dentro de las 24 horas de la cita programada.

• **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

Por la presente autorizo y cego todos los pagos y/o beneficios de seguro para servicios médicos y/o procedimientos quirúrgicos prestados al paciente, directamente a Brown Fertility. Por la presente autorizo a Brown Fertility a divulgar la información médica necesaria para obtener el pago. Acepto eximir a Brown Fertility de todos y cada uno de los costos, responsabilidades y daños y la naturaleza, incluidos los honorarios razonables de abogados, resultantes directamente de la publicación de mis registros médicos de conformidad con este consentimiento. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por mi plan de seguro.

Consentimiento para la divulgación de información médica

Hay veces que se nos pide que proporcionemos a los miembros de la familia u otras personas información sobre los resultados de las pruebas, especialmente si usted no estará disponible para recibirlos. Si desea que proporcionemos información sobre su tratamiento y/o resultados de pruebas a su familia o amigos, por favor rellene su nombre y su relación con usted. Por favor, designe qué tipo de información puede recibir cada persona comprobando los artículos que podemos divulgar y cualquier artículo que no debemos divulgar. Haga sus propias notas si es necesario para la aclaración.

Definiciones:

- **Toda la información:** Toda la información que tenemos en nuestro archivo relacionada con usted que puede incluir información de facturación, citas, tratamiento, resultados de pruebas, etc. e información sobre enfermedades de transmisión sexual; Información sobre VIH/SIDA, control de la natalidad, embarazo y salud mental
- **Solo cita:** Solo información relacionada con las fechas y horas de la cita.
- **ETS/VIH:** Información relacionada con la enfermedad de transmisión sexual incluyendo VIH, SIDA, VPH, displasia, paps anormales, herpes, GC, clamidia, sífilis, vaginitis, Trichomonas, etc..
- **Preg/Ab:** Información relacionada con el embarazo y el aborto.
- **BC:** Información relacionada con la prevención del embarazo, incluyendo píldoras anticonceptivas, diafragmas, condones, DIU, etc
-

Relación	Nombre	Tipo de información que puede ser divulgada			
Madre	_____	<input type="checkbox"/> All calidad	<input type="checkbox"/> Citas	<input type="checkbox"/> ETS / VIH	<input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> BC / AB
Padre	_____	<input type="checkbox"/> All calidad	<input type="checkbox"/> Citas	<input type="checkbox"/> ETS / VIH	<input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> BC / AB
Esposo/Socio	_____	<input type="checkbox"/> All calidad	<input type="checkbox"/> Citas	<input type="checkbox"/> ETS / VIH	<input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> BC / AB
_____	_____	<input type="checkbox"/> All calidad	<input type="checkbox"/> Citas	<input type="checkbox"/> ETS / VIH	<input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> BC / AB

Este consentimiento para divulgar información permanecerá en vigor hasta que sea revocado por escrito.

Autorización para el uso de contestador automático o números de teléfono celular y correo electrónico

Aceptamos que Brown Fertility deje mensajes de voz que contengan nuestra información médica en los números de teléfono que se enumeran a continuación. Esta información puede incluir, pero no se limita a, información demográfica (nombre del paciente, fecha de nacimiento, dirección, etc.), información de facturación e información médica (fechas de citas, diagnóstico, medicamentos, resultados de pruebas, etc.).

Aceptamos mensajes de voz que contengan nuestra información médica en los siguientes números de teléfono:

Número de teléfono principal del paciente: _____

Número de teléfono principal del esposo / pareja: _____

Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que sea revocado por escrito.

Consentimiento de expediente médico combinado

Entendemos que el registro médico de Brown Fertility incluye información, registros y resultados de pruebas que nos pertenecen como pareja. Cualquier solicitud o divulgación de registros médicos para cualquiera de los socios potencialmente incluirá información para ambas partes. Al firmar a continuación, damos nuestro consentimiento para esta divulgación de registros médicos cuando se haya realizado la solicitud adecuada para cualquiera de las partes.

Las firmas para todo el documento están a continuación:

Paciente Fecha

Compañero Fecha

Testigo (fertilidad marrón) Fecha