





# NEURO REHAB & PAIN INSTITUTE

3125 Center Pointe Drive Edinburg, TX, 78539

Office : (956) 683-9300 Fax : (956) 394-1229

**Priti Manohar, M.D.**

Adult & Pediatric Neurology, Epilepsy & Sleep Medicine

Patient Name: \_\_\_\_\_ Patient Date of Birth: \_\_\_\_\_

## NEURO REHAB & PAIN INSTITUTE POLITICA FINANCIERA

Gracias por elegir al Neuro Rehab and Pain Institute como su proveedor de atención médica. Nos comprometemos a brindarle servicios de salud de excelencia a usted, nuestro paciente. Como parte de nuestra relación profesional, es importante que comprenda nuestra política financiera.

**Todos los pacientes deben leer y firmar este formulario antes de recibir servicios.**

- \* Es su responsabilidad proporcionarnos su información de seguro más actualizada.
- \* Para brindarle una mejor asistencia y asegurar el pago oportuno por parte de su aseguradora, haremos una copia de lo siguiente: su tarjeta de seguro, su licencia de conducir o identificación con fotografía, y su tarjeta del Seguro Social.
- \* Si no proporciona información de seguro precisa y de manera oportuna, su compañía de seguros podría rechazar la reclamación. Si la reclamación es rechazada, usted será financieramente responsable de los servicios prestados.
- \* Debemos enfatizar que, como proveedores médicos, nuestra relación es con el paciente, y no con su compañía de seguros. Su seguro es un contrato entre usted, su compañía de seguros y, posiblemente, su empleador. Es su responsabilidad conocer y comprender el nivel de servicios cubiertos por su compañía de seguros.
- \* Podemos aceptar la cesión de beneficios del seguro tras verificar su cobertura. Tenga en cuenta que es posible que algunos, o tal vez todos, los servicios prestados no sean cubiertos en su totalidad. Usted es financieramente responsable de los servicios que no sean cubiertos por su compañía de seguros.
- \* Antes de recibir servicios, debe verificar que somos proveedores participantes de su compañía de seguros. También es necesario que nuestro médico figure en la lista de proveedores de su compañía de seguros, si así lo exige su contrato con dicha aseguradora. En caso de que no seamos proveedores participantes, o que nuestro médico no figure en la lista de proveedores de su compañía de seguros, presentaremos la reclamación inicial como cortesía. Sin embargo, el pago total deberá efectuarse en el momento de recibir el servicio, y usted no recibirá ningún reembolso por dichos cargos.
- \* Cobramos las tarifas que se consideran habituales y consuetudinarias en nuestra zona. Usted es responsable del pago, independientemente de cualquier determinación arbitraria que su compañía de seguros realice respecto a las tarifas habituales y consuetudinarias.
- \* Los copagos, el coaseguro y/o los deducibles deben abonarse en el momento de recibir el servicio. Estimaremos el monto que usted adeuda basándonos en la información que recibamos de su compañía de seguros. No obstante, usted es responsable de pagar el monto total que determine su compañía de seguros una vez que esta haya procesado su reclamación, independientemente de nuestra estimación inicial.

**\*Es su responsabilidad proporcionarnos su información de facturación más actualizada.**

- \*Debe proporcionar su dirección de facturación más reciente, todos los números de teléfono disponibles y cualquier otra información de contacto importante. Si su dirección o información de contacto cambia, es su responsabilidad comunicarse con nosotros para proporcionarnos la información actualizada.
- \*Le enviaremos un estado de cuenta (a la dirección de facturación que usted proporcione) notificándole cualquier saldo que pueda adeudar. Si tiene alguna pregunta o disputa la validez de dicho saldo, es su responsabilidad comunicarse con nuestra oficina administrativa dentro de los 30 días posteriores a la recepción del estado de cuenta inicial. Puede llamar al (956) 683-9300 entre las 9:00 a. m. y las 5:00 p. m. y solicitar hablar con el Representante de Facturación.
- \*El pago total del saldo vence al momento de recibir el estado de cuenta. Los saldos de los pacientes que no se paguen en su totalidad dentro de los 30 días siguientes a la fecha de emisión del estado de cuenta se considerarán vencidos. Se acumularán intereses sobre el saldo impago a una tasa del diez por ciento (10%) anual, a partir de los 30 días posteriores a la prestación de los servicios. Usted será responsable de pagar todos los costos de cobranza en los que se incurra, incluidos los honorarios de abogados y los costos judiciales, si correspondiera.
- \*Si no le es posible pagar el saldo adeudado en su totalidad, debe comunicarse con nuestra oficina de facturación para tratar el pago de las cuentas vencidas.
- \*Si su cuenta es asignada a una agencia de cobranza profesional, se le notificará por correo postal que ya no podrá recibir servicios de ninguno de los médicos de Neuro Rehab and Pain Institute.
- \*En caso de que realice un pago mediante cheque y el banco lo devuelva sin pagar por cualquier motivo, agregaremos \$35.00 a su saldo. Además, podremos recurrir a otros recursos legales adicionales que nos confiere la ley de Texas.
- \*Si no puede asistir a su cita a la hora programada, por favor avísenos con al menos 24 horas de antelación. Le asistiremos con una llamada de recordatorio el día anterior a su cita programada. Tenga en cuenta que esta es solo una llamada de cortesía y no constituye una obligación. Si bien comprendemos que circunstancias imprevistas pueden obligarle a faltar a una cita o a posponerla en el último minuto, nos reservamos el derecho de cobrar por las citas a las que no asista o por aquellas canceladas con menos de 24 horas de antelación. Esto implicaría un cargo de \$50.00 por una consulta en el consultorio y un cargo de \$200.00 por un procedimiento. Nos negaremos a programar citas para cualquier paciente que incurra en tres incidentes de este tipo, y usted será dado de baja de los servicios del médico.
- \*El incumplimiento en el mantenimiento de su saldo de cuenta al día podría obligarnos a cancelar o reprogramar su cita.
- \*Se le cobrará una tarifa de \$10.00 por la remisión de recetas médicas expedidas por el Departamento de Seguridad Pública de Texas dentro del mes siguiente a la fecha de la receta inicial.

El pago total debe efectuarse en el momento de recibir el servicio. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito; asimismo, ofrecemos el programa Care Credit. He leído y comprendo esta Política Financiera.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente:

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente:



3125 Center Pointe Drive Edinburg, TX, 78539

Office : (956) 683-9300 Fax : (956) 394-1229

**Priti Manohar, M.D.**

Adult & Pediatric Neurology, Epilepsy & Sleep Medicine

TÍTULO: HIPAA — Fotografía, grabación de video, grabación de audio y otras capturas de imágenes de pacientes y visitantes

Fecha de entrada en vigor: 16 de junio de 2017

Estado: Final

Sustituida por: Nueva política

**Objetivo:**

1. Facilitar el cumplimiento de las Normas de Privacidad de la Información de Salud Identificable Individualmente (Normas de Privacidad) de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) —45 CFR, Partes 160 y 164—, así como de cualesquiera otras regulaciones federales y directrices interpretativas.
2. Establecer directrices para aquellas situaciones en las que los pacientes y/o los miembros del personal puedan o no ser fotografiados, grabados en video o audio, o captados mediante cualquier otro tipo de imagen dentro del Neuro Rehab & Pain Institute (NRPI).

**Definiciones:**

1. Grabación de audio: el registro de la voz de un individuo mediante grabación de video (p. ej., videocámaras, teléfonos celulares), grabadoras de cinta u otras tecnologías capaces de capturar audio.
2. Autorización: un formulario por escrito, suscrito por el paciente o por el representante legal del paciente, que cumple con los requisitos establecidos en la política de Autorización para el Uso y la Divulgación de Información de Salud Protegida.
3. Consentimiento: el reconocimiento y/o acuerdo por escrito del paciente, o de su representante legal, respecto al uso y/o la divulgación de información de salud protegida con fines de tratamiento, pago u operaciones de salud, o por otras razones permitidas por la Regla de Privacidad de la HIPAA.
4. Fotografía: el registro de la imagen de un individuo (p. ej., imagen, retrato) mediante fotografía (p. ej., cámaras, teléfonos celulares), grabación de video (p. ej., videocámaras, teléfonos celulares), captura de imágenes digitales (p. ej., cámaras digitales, cámaras web) u otras tecnologías capaces de capturar una imagen (p. ej., Skype).

Gracias, Neuro Rehab & Pain Institute

---

Paciente / Representante legal

---

Fecha



3125 Center Pointe Drive Edinburg, TX, 78539

Office : (956) 683-9300 Fax : (956) 394-1229

**Priti Manohar, M.D.**

Adult & Pediatric Neurology, Epilepsy & Sleep Medicine

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Autorización para divulgar información de salud directamente al paciente por vía electrónica.

Entiendo que cualquier expediente médico puede contener informes, resultados de pruebas y notas que solo un médico puede interpretar. Entiendo, y se me ha informado, que debo contactar a mi médico con respecto a las anotaciones realizadas en mi expediente médico para evitar cualquier malentendido de la información contenida en dichas anotaciones. No responsabilizaré a Neuro Rehab and Pain Institute de ninguna mala interpretación de la información contenida en mis expedientes médicos que resulte de no haber consultado a mi médico para obtener la interpretación correcta.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente (si es representante legal)



3125 Center Pointe Drive Edinburg, TX, 78539

Office : (956) 683-9300 Fax : (956) 394-1229

**Priti Manohar, M.D.**

Adult & Pediatric Neurology, Epilepsy & Sleep Medicine

VII. **RECONOCIMIENTO Y RESTRICCIONES DE SOLIVITUDES.**

Al firmar a continuación, usted reconoce haber recibido este Aviso de Prácticas de Privacidad antes de que la Práctica le preste cualquier servicio, y otorga su consentimiento para el uso y la divulgación de su información médica tal como se establece en el presente documento, salvo lo que se indique expresamente a continuación.

Por la presente, solicito las siguientes restricciones respecto al uso y/o la divulgación (especifique según corresponda) de mi información:

---

---

---

---

---

---

---

---

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
(Por favor im-prima el nombre)

Fecha de Nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_

Firmas: \_\_\_\_\_

Paciente/Representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si es Representante Legal, relacion con la o el Paciente: \_\_\_\_\_

Testigo (opcional) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



3125 Center Pointe Drive Edinburg, TX, 78539

Office : (956) 683-9300 Fax : (956) 394-1229

**Priti Manohar, M.D.**

Adult & Pediatric Neurology, Epilepsy & Sleep Medicine

### Consentimiento para el tratamiento

Al firmar este consentimiento, autorizo a mi(s) médico(s) a realizar y/o a ordenar a otra persona que realice todos los exámenes, pruebas, procedimientos y cualquier otra atención que se considere necesaria o aconsejable para el diagnóstico y tratamiento de mi afección médica. Este consentimiento es válido para cada visita que realice al Neuro Rehab and Pain Institute, a menos que yo lo revoque verbalmente o por escrito.

Por la presente se le informa que la ley de Texas permite realizar pruebas a un paciente para detectar una posible exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) —el virus asociado al SIDA— en las siguientes situaciones: 1) para examinar sangre, productos sanguíneos, órganos o tejidos con el fin de determinar su idoneidad para donaciones; 2) si otra persona se expone accidentalmente a la sangre o a los fluidos corporales del paciente, por ejemplo, a través de un pinchazo con aguja (cualquier prueba de este tipo se llevará a cabo de conformidad con el protocolo de enfermedades infecciosas del Neuro Rehab and Pain Institute); o 3) si se va a realizar un procedimiento médico o quirúrgico que pudiera exponer al personal de atención médica a la sangre o a los fluidos corporales del paciente. Esta notificación tiene como finalidad informarle que se le podrá realizar dicha prueba —a cargo del Neuro Rehab and Pain Institute— si se presenta alguna de estas situaciones durante su periodo de tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Paciente / Representante legal

### Autorización para la divulgación de información

Por la presente, autorizo al Neuro Rehab and Pain Institute a proporcionar información pertinente a mi condición médica —incluyendo, entre otros aspectos, el diagnóstico, el tratamiento y la atención ofrecida o prestada a mi persona mientras fui paciente en el Neuro Rehab and Pain Institute— a las siguientes entidades: (1) a mi(s) compañía(s) de seguros, incluido Medicare, a las cuales se han asignado mis facturas médicas para su pago; (2) a consultores externos al Neuro Rehab and Pain Institute a quienes pueda ser remitido para recibir atención; y (3) a los empleados del Neuro Rehab and Pain Institute para la realización de actividades de garantía de calidad y cumplimiento normativo. Entiendo que mis expedientes médicos podrán ser divulgados a tribunales estatales y federales, previa emisión de una citación judicial, sin necesidad de mi permiso. Asimismo, entiendo que mi información médica no será divulgada a ninguna persona distinta de las aquí mencionadas sin mi permiso expreso por escrito.

A los efectos de esta autorización, por «información médica» se entenderán las copias de todos los expedientes médicos, pruebas, radiografías, informes y/o demás materiales que obren en poder del Neuro Rehab and Pain Institute y que guarden relación con mi afección médica y con el tratamiento propuesto o en curso. Entiendo que, al firmar este consentimiento, autorizo asimismo la divulgación a las personas antes mencionadas de cualquier información contenida en el expediente médico que pueda estar relacionada con el SIDA y/o con pruebas de detección de anticuerpos o antígenos del VIH.

Al firmar este Consentimiento para la Divulgación de Información Médica, acepto no responsabilizar al Neuro Rehab and Pain Institute, ni a sus agentes y empleados, de cualquier resultado desfavorable derivado de la divulgación de dicha información. Comprendo que la divulgación de mi información médica puede ser necesaria para que mi aseguradora cubra el costo de mi tratamiento médico; de lo contrario, es posible que se me exija pagar la totalidad de la factura en el momento de recibir el servicio.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Paciente / Representante legal

### POLITICA PARA PADRES DIVORCIADOS O SEPARADOS

El Neuro Rehab & Pain Institute se dedica a nuestros pacientes y a brindar atención médica de calidad a su(s) hijo(s). Los hijos de padres divorciados o separados a veces plantean desafíos particulares en nuestra consulta; por ello, se ha establecido la siguiente política con el fin de evitar malentendidos en el futuro.



3125 Center Pointe Drive Edinburg, TX, 78539

Office : (956) 683-9300 Fax : (956) 394-1229

**Priti Manohar, M.D.**

Adult & Pediatric Neurology, Epilepsy & Sleep Medicine

**POR FAVOR, LEA Y ACEPTE LO SIGUIENTE PARA QUE PODAMOS BRINDAR ATENCION A SU(S) HIJO(A).**

1. El proveedor y el personal de la oficina no se verán involucrados en medio de problemas domésticos o desacuerdos, ya sea por teléfono o dentro de la oficina.
2. Por favor, tomen las decisiones relativas a las citas y/o a cualquier procedimiento de la oficina antes de visitar nuestra consulta.
3. Por "Custodia Compartida" se entiende que cada progenitor tiene igual acceso a los expedientes médicos del menor; a falta de una orden judicial, no impediremos que ninguno de los progenitores revise el historial clínico de su hijo ni obtenga resultados. Si existe una disputa entre los progenitores con respecto a la custodia y se ha llegado a un acuerdo de custodia, necesitaremos ver la documentación que especifique quién es el tutor legal.
4. Solo en situaciones en las que exista una orden judicial confirmada y documentada que deniegue a uno de los progenitores el acceso al expediente de salud del menor o a las visitas en la oficina, el \*Neuro Rehab & Pain Institute\* deberá contar con una copia de dicha orden en el expediente del menor.
5. Si NO existe una orden judicial archivada, cualquiera de los progenitores puede firmar un formulario de consentimiento para el tratamiento que autorice a una persona designada a traer al menor a nuestra consulta, estar presente durante las visitas y dar su consentimiento para el tratamiento. No nos involucraremos en disputas relativas a las personas designadas en el formulario de consentimiento, a menos que así lo ordene un tribunal. Cualquiera de los progenitores puede programar una cita para su hijo, estar presente durante la visita o el procedimiento, y obtener una copia de los expedientes médicos.
6. Es responsabilidad de ambos progenitores comunicarse entre sí con respecto a la atención del paciente; NO es responsabilidad del proveedor comunicar la información de la visita a cada progenitor por separado. El proveedor NO llamará al progenitor que no asistió a la visita una vez finalizada esta, y tampoco llamaremos a un progenitor para notificarle sobre una cita programada por el otro.
7. La responsabilidad del pago de la factura de los menores recae en el progenitor o tutor legal; nuestra política consiste en cobrar el pago en el momento de la prestación del servicio al progenitor o tutor que traiga al menor a la cita.
8. El progenitor o tutor que complete la hoja de información y firme la cesión y autorización de divulgación SERÁ EL GARANTE del pago, independientemente de la cobertura del seguro.
9. Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa administrativa por la copia de expedientes en caso de que la solicitud resulte excesiva.
10. Si los problemas surgidos entre los progenitores llegaran a perturbar el funcionamiento de nuestra organización, o si se produjera un incumplimiento de esta política, nos reservamos el derecho de dar de baja a la familia de nuestra consulta.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Padre o Madre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Relacion con la(el) Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la Padre o Madre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Relacion con la(el) Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



# NEURO REHAB & PAIN INSTITUTE

3125 Center Pointe Drive Edinburg, TX, 78539

Office : (956) 683-9300 Fax : (956) 394-1229

**Priti Manohar, M.D.**

Adult & Pediatric Neurology, Epilepsy & Sleep Medicine

## AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO MEDICO DE MENORES

<i>NOMBRE DE EL MENOR</i>	<i>FECHA DE NACIMIENTO</i>	<i>ALERGIAS/ CONDICIONES ESPECIALES</i>

YO/NOSOTROS \_\_\_\_\_ SIENDO EL PADRE (PADRES) O GUARDIAN LEGAL (GUARDIANES) DEL MENOR DENOMINADO (MENORES) POR LA PRESENTE CONSIENTE (CONSENTIMOS) AL TRATAMIENTO DEL MENOR (MENORES)

EN MI/NUESTRA AUSENCIA POR EL PRESENTE ASIGNO A: \_\_\_\_\_

<i>NOMBRE</i>	<i># DE TELEFONO</i>	<i>DIRECCION</i>

EL DENOMINADO TIENE AUTORIZACION DE ACTUAR PARA BENEFICIO DE EL CUIDADO Y HOSPITALIZACION, MEDICOS DENTALES y QUIRURGICOS PARA EL MENOR DENOMINADO (MENORES), DURANTE EL PERIODO DE MI AUSENCIA, DE: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE PADRE/GUARDIAN

\_\_\_\_\_  
FECHA



3125 Center Pointe Drive Edinburg, TX, 78539

Office : (956) 683-9300 Fax : (956) 394-1229

**Priti Manohar, M.D.**

Adult & Pediatric Neurology, Epilepsy & Sleep Medicine

### Polica General

1. Permitanos 3 a 5 dias para rellenar su medicamento de rutina.
2. Cuando necesite mas medicamento favor de hablar a su farmacia para que ellos nos hablen con la informcion.
3. Medicamento de Emergencia favor de llamar con la recepcionista y dejar un mensaje para la enfermera.
4. Mensajes para mas medicamento recibido despues de las 3:00 de la tarde no seran procesadas hasta el dia siguiente.
5. Medicamentos **PARA SUBSTANCIAS CONTROLADAS** se daran **UNICAMENTE** el dia de su cita y deberan ser autorizadas por el doctor.
6. En la polica general, si tiene 4 meses o mas de que vino a consulta, debe llamar para hacer una cita con el doctor.

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Guardian /Fecha



3125 Center Pointe Drive Edinburg, TX, 78539

Office : (956) 683-9300 Fax : (956) 394-1229

**Priti Manohar, M.D.**

Adult & Pediatric Neurology, Epilepsy & Sleep Medicine

## Consentimiento informado para telemedicina

Los servicios de telemedicina implican el uso de equipos y dispositivos seguros de videoconferencia interactiva que permiten a los proveedores de atención médica brindar servicios de salud a los pacientes cuando estos se encuentran en ubicaciones diferentes.

1. Entiendo que se aplica el mismo estándar de atención a una visita de telemedicina que a una visita en persona.
2. Entiendo que no estaré físicamente en la misma sala que mi proveedor de atención médica. Se me notificará y se obtendrá mi consentimiento si hay alguna persona presente en la sala que no sea mi proveedor de atención médica.
3. Entiendo que existen riesgos potenciales asociados al uso de la tecnología, incluyendo interrupciones del servicio, interceptación y dificultades técnicas.
  - a. Si se determina que el equipo de videoconferencia y/o la conexión no son adecuados, entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos dar por terminada la visita de telemedicina y tomar otras medidas para continuar la visita.
4. Entiendo que tengo derecho a negarme a participar o a decidir dejar de participar en una visita de telemedicina, y que mi negativa quedará documentada en mi expediente médico. También entiendo que mi negativa no afectará mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.
  - a. Puedo revocar este derecho en cualquier momento comunicándome con NEURO REHAB & PAIN INSTITUTE al 956-683-9300.
5. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información de atención médica se aplican a los servicios de telemedicina.
6. Entiendo que mi información de atención médica puede ser compartida con otras personas con fines de programación de citas y facturación.
  - a. Entiendo que mi compañía de seguros tendrá acceso a mis expedientes médicos para fines de revisión de calidad o auditoría.
  - b. Entiendo que seré responsable de cualquier costo de mi propio bolsillo, tales como copagos o coaseguros, que se apliquen a mi visita de telemedicina.
  - c. Entiendo que las políticas de pago del plan de salud para las visitas de telemedicina pueden ser diferentes a las políticas para las visitas en persona.
7. Entiendo que este documento pasará a formar parte de mi expediente médico.

Al firmar este formulario, certifico que: (1) he leído personalmente este formulario (o se me ha explicado su contenido) y comprendo y acepto plenamente su contenido; (2) mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción, y se me han comunicado los riesgos, beneficios y alternativas a las visitas de telemedicina en un idioma que comprendo; y (3) me encuentro ubicado en el estado de Texas y permaneceré en Texas durante mi(s) visita(s) de telemedicina.

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente/padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha