



AUTORIZACIÓN Y ADMISIÓN

OneSource Mobile Healthcare

7620 East McKellips Road, Suite 4-225
 Scottsdale, Arizona 85257
 phone: 888.495.4489 fax: 602.325.0169
 info@onesourcemobilehc.com

Por la presente solicito a One Source Senior Healthcare (One Source) que asuma la responsabilidad de PODIATRÍA OPTOMETRÍA AUDIOLOGÍA evaluación y tratamiento de: _____ hasta que cancele el servicio por escrito.
 (por favor, escriba el nombre del paciente)

Entiendo que OneSource acepta asignaciones. Todas las facturas se dirigirán a Medicare, Medigap, MMAI y compañías de seguros cuando sea posible. Autorizo a Medicare y a mi seguro a enviar los pagos directamente a OneSource.

También autorizo la divulgación de cualquier información de cualquier agencia o compañía de seguros a OneSource con el fin de administrar el programa de Medicare. También autorizo a OneSource a liberar cualquier información requerida a cualquier agencia, compañía de seguros o Medicare según sea necesario.

Reconozco que OneSource Senior Health Care me ha ofrecido o proporcionado una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad, que describe cómo la información médica puede ser utilizada y divulgada, y cómo puedo solicitar el acceso a esta información. Entiendo que, si tengo preguntas o quejas, puedo ponerme en contacto con el Oficial de Privacidad en info@onesourcemobilehc.com.

También entiendo que voy a recibir actualizaciones si OneSource Senior Health Care, PLLC hace cambios materiales a su Aviso de Prácticas de Privacidad.

 (firma del paciente, del tutor, del responsable o de la capacidad) Fecha _____

SI NO SE ADJUNTA LA HOJA CARÁCTER, COMPLETE LO SIGUIENTE:

INFORMACION PERSONAL:

FECHA DE NACIMIENTO:
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:
SEXO: <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO
NÚMERO DE MEDICARE
NOMBRE DEL SEGURO SECUNDARIO
NÚMERO DEL SEGURO SECUNDARIO
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA
NOMBRE DE LA UBICACIÓN
DIRECCIÓN
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE LA UBICACIÓN
PERSONA DE CONTACTO DE LA UBICACIÓN
CORREO ELECTRÓNICO DE LA UBICACIÓN
PERSONA RESPONSABLE/UNO MISMO
NÚMERO DE TELÉFONO

DIAGNÓSTICO:

<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> NEUROPATÍA
<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	<input type="checkbox"/> EDEMA
<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA	<input type="checkbox"/> ARTRITIS
<input type="checkbox"/> TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA	<input type="checkbox"/> DEMENCIA
<input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA VENOSA	<input type="checkbox"/> ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR
<input type="checkbox"/> ANEMIA	<input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN
<input type="checkbox"/> DEGENERACIÓN MACULAR	<input type="checkbox"/> GLAUCOMA
<input type="checkbox"/> VISIÓN BORROSA	<input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDICAMENTOS ACTUALES:

<input type="checkbox"/> ASPIRINA	<input type="checkbox"/> APIXABÁN (ELIQUIS)
<input type="checkbox"/> CLOPIDOGREL	<input type="checkbox"/> DABIGATRAN (PRADAXA)
<input type="checkbox"/> EDOXABÁN (LIXIANA)	<input type="checkbox"/> GABAPENTINA
<input type="checkbox"/> GLIPIZIDA	<input type="checkbox"/> GLIMEPIRIDA
<input type="checkbox"/> INSULINA	<input type="checkbox"/> INVOKANA
<input type="checkbox"/> JANUVIA	<input type="checkbox"/> JARDIANZ
<input type="checkbox"/> LASIX	<input type="checkbox"/> METFORMINA
<input type="checkbox"/> OXÍGENO	<input type="checkbox"/> PIOGLITAZONA
<input type="checkbox"/> RIVAROXABAN (XARELTO)	<input type="checkbox"/> TRULICIDAD
<input type="checkbox"/> VICTOZA	<input type="checkbox"/> WARFARINA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO AL 602-325-0169