

AUTHORIZATION & INTAKE

OneSource Mobile Healthcare

16427 North Scottsdale Road, Suite 410
 Scottsdale, Arizona 85254
 phone: 888.495.4489 fax: 602.325.0169
 info@onesourcemobilehc.com

I hereby request OneSource Senior HealthCare (OneSource) to assume responsibility for PODIATRY OPTOMETRY (select one or both) evaluation and treatment for: _____ until I cancel service in writing.
 (please print patient name)

I understand that OneSource takes assignments. All bills shall be directed towards Medicare, Medigap, MMAI and insurance carriers when possible.
 I authorize Medicare and my insurance to send payments directly to OneSource.
 I also authorize the release of any information from any agency or carrier to OneSource for purposes of administering the Medicare program. I also authorize OneSource to release any required information to any agency, insurance carrier or Medicare as needed.
 I acknowledge that OneSource Senior Health Care has offered or provided me with a copy of its Notice of Privacy Practices, which describes how medical information may be used and disclosed, and how I can request access to this information. I understand that if I have questions or complaints, I can contact the Privacy Officer at info@onesourcemobilehc.com.
 I also understand that I will receive updates if OneSource Senior Healthcare, PLLC makes material changes to its Notice of Privacy Practices.

 (signature of patient, guardian, responsible party, or capacity signature)

DATE _____

IF FACESHEET IS NOT ATTACHED, PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING:

PERSONAL INFORMATION

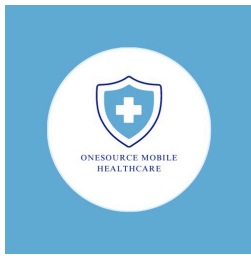
DATE OF BIRTH:
SOCIAL SECURITY NUMBER:
GENDER: <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> MALE
MEDICARE / MEDICAID NUMBER
SECONDARY INSURANCE PROVIDER
MEMBER ID
PRIMARY CARE PROVIDER
FACILITY NAME
ADDRESS
CITY, STATE, ZIP CODE
FACILITY PHONE NUMBER
FACILITY CONTACT PERSON
FACILITY EMAIL
MEDICAL POA (If none then "Self")
POA PHONE NUMBER

DIAGNOSIS

<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> NEUROPATHY
<input type="checkbox"/> CKD(STAGE3,4,5)	<input type="checkbox"/> EDEMA
<input type="checkbox"/> PVD	<input type="checkbox"/> ARTHRITIS
<input type="checkbox"/> DVT	<input type="checkbox"/> DEMENTIA
<input type="checkbox"/> VENOUS INSUFFICIENCY	<input type="checkbox"/> CVA
<input type="checkbox"/> ANEMIA	<input type="checkbox"/> HTN
<input type="checkbox"/> MACULAR DEGENERATION	<input type="checkbox"/> GLAUCOMA
<input type="checkbox"/> BLURRY VISION	<input type="checkbox"/> HEARING LOSS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CURRENT MEDICATIONS

<input type="checkbox"/> ASPIRIN	<input type="checkbox"/> APIXABAN(ELIQUIS)
<input type="checkbox"/> CLOPIDOGREL	<input type="checkbox"/> DABIGATRAN(PRADAXA)
<input type="checkbox"/> EDOXABAN(LIXIANA)	<input type="checkbox"/> GABAPENTIN
<input type="checkbox"/> GLIP1ZIDE	<input type="checkbox"/> GLIMEPIRIDE
<input type="checkbox"/> INSULIN	<input type="checkbox"/> INVOKANA
<input type="checkbox"/> JANUVIA	<input type="checkbox"/> JARDIANCE
<input type="checkbox"/> LASIX	<input type="checkbox"/> METFORMIN
<input type="checkbox"/> OXYGEN	<input type="checkbox"/> PIOGLITAZONE
<input type="checkbox"/> RIVAROXABAN(XARELTO)	<input type="checkbox"/> TRULICITY
<input type="checkbox"/> VICTOZA	<input type="checkbox"/> WARFARIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



AUTORIZACIÓN Y ADMISIÓN

OneSource Mobile Healthcare

16427 North Scottsdale Road, Suite 410
 Scottsdale, Arizona 85254
 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 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 / MEDICAID
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