



FEIFEI LIU, A.P.
TRADITIONAL CHINESE MEDICINE
 830 E. State Road 434
 Longwood, Fl. 32750
 Phone: 407-951-7841 Text: 407-529-4155
 Website: www.fitcm.com Email: info@fitcm.com

Por favor complete la siguiente información lo más completamente posible. Para que podamos verificar sus beneficios de seguro, debemos tener la información que se indica a continuación. Este es un registro confidencial de su historial médico y se mantendrá en esta oficina. La información aquí contenida no se divulgará a ninguna persona, excepto cuando usted nos haya autorizado a hacerlo.

Fecha _____

Nombre _____ Teléfono de casa (____) _____
 Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección _____ Teléfono de negocio: (____) _____
 Numero, Calle

_____ Código Postal: _____
 Ciudad Estado

Correo electrónico _____ Teléfono celular (____) _____

Ocupación _____ # de Seguridad Social _____

Cumpleaños _____ Sexo: M , F Altura _____ Peso _____ Edad _____ Estado civil _____ Hijos _____

Lugar de Empleo _____

Teléfono del trabajo _____ Mejor # Para Comunicarse _____

Ha tenido un accidente automovilístico en los últimos dos años? Si si, Cuando _____ Si No
 Como aprendiste acerca de nuestra oficina? _____

- 1. Alguna vez ha tenido hepatitis? Si si, Cuando _____ Si No
- 2. Tiene SIDA o infección por VIH? Por cuanto tiempo? _____ Si No
- 3. Alguna vez ha tenido cirugía? Por favor escriba el tipo y el año debajo _____ Si No

4. Alguna vez ha tenido problemas o síntomas del corazón? Por favor explique: _____ Si No

5. Estas tomando algún medicamento o pastillas para el dolor en este momento? Listalo debajo: Si No

6. Estas tomando algún suplemento nutricional en este momento? Listalo debajo: Si
 No(vitaminas, minerales, etc)

7. Estas embarazada? Si si, En que mes estas? _____ Si No

8. Has tenido acupuntura antes? Para que problema: _____ Si No
 Nombre del doctor previo o acupunturista: _____ Si No

9. Tienes algún problema con agujas , mareos, náusea, o desmayos ? Si No

10 .Razon por tu visita: _____

Aceptamos las siguientes formas de pago. Por favor circule la forma de pago que planea usar hoy
 VISA MASTERCARD AMERICAN EXPRESS EFECTIVO

FEIFEI LIU TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

CUESTIONARIO DEL PACIENTE

I. Nombre a los miembros de la familia o otras personas, si las hay, a quien es podamos informar sobre su información general, condición médica y su diagnóstico (incluido el tratamiento, el pago y la operación de atención médica)

II. Nombre los miembros de la familia o otras personas significativas a quienes podamos informar sobre su condición médica SOLO EN UNA EMERGENCIA:

Nombre _____ Numero de telefono: _____

Nombre _____ Numero de telefono: _____

III. Por favor imprima la direccion del lugar donde desea que se envíen los estados de cuenta y/o correspondencia de nuestra oficina, si no es su domicilio.

IV. Por favor indica si desea que toda la correspondencia de nuestra oficina se envíe en un sobre sellado marcado **CONFIDENTIAL** :

SI _____ NO _____

V. Por favor imprima el numero de telefono donde desea recibir llamadas sobre sus citas o otra informacion de atencion medica , si no es el numero de telefono de su casa:

VI. Se pueden dejar mensajes confidenciales (i.e., cordatorios de citas) en su contestador telefonico? Maquina o correo de voz?

SI _____ NO _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____ (Guardian, si es menor de 18 años)

FIRMA _____ FECHA _____

(Firma del Paciente O Guardian)

FEIFEI LIU TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

FORMULARIO DE CONSETIMIENTO DEL PACIENTE

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad brinda información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. El Aviso contiene una sección de Derechos del paciente que describe sus derechos conforme a la ley. Usted tiene el derecho de revisar nuestro Aviso antes de firmar este Consentimiento. Los términos de nuestro aviso puede cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada comunicandose con nuestra oficina

Usted tiene el derecho de solicitar que restrinjamos la forma en que se usa su informacion de salud proegida odivulgado para tratamiento, pago o operaciones de atencion medica, No estamos obligados a aceptar esta restriccion, pero si los hacemos cumpliremos es acuerdo.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgacion de su informacion medica protegida para su tratamiento, pago y operaciones de atencion medica e revocar este Consentimiento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos hecho con respecto a su consentimiento previo. La Práctica proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA).

El paciente entiende que:

- La información médica protegida puede divulgarse o utilizarse para operaciones de tratamiento, pago u atención médica
- La Práctica tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad y que el paciente tiene la oportunidad de revisar este Aviso
- La Práctica se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Políticas de Privacidad
- El paciente tiene el derecho de restringir los usos de su información, pero la Práctica no tiene que aceptar esas restricciones
- El paciente puede revocar este Consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras cesarán
- La Práctica puede condicionar el tratamiento en el momento de la ejecución de este Consentimiento.

Este consentimiento fue firmado por: _____
Nombre - Paciente o Representante

Firma: _____

Relacion al paciente (si la firma no es del paciente): _____

Fecha: ___ / ___ / ___

Testigo: _____
Paciente o Representante

Fecha: ___ / ___ / ___

FEIFEI LIU TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos con que su tratamiento sea exitoso. Por favor, entienda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra Política Financiera, que le exigimos que lea y firme antes de cualquier tratamiento. **Todos los pacientes deben completar nuestra hoja de información del paciente antes de consultar al médico.**

EL PAGO COMPLETO SE DEBE EN EL MOMENTO DEL SERVICIO. ACEPTAMOS EFECTIVO, MASTERCARD Y VISA.

Regarding Insurance

Siempre requerimos el pago completo de las hierbas y la porción de la tarifa de visita de la oficina de su factura en el momento del servicio. No facturamos hierbas a la compañía de seguros. MEIAN, LLC. no es responsable de verificar la elegibilidad y la cobertura de beneficios antes del tratamiento. Sin embargo, MEIAN, LLC. presentará las reclamaciones de seguro apropiadas como cortesía para usted. Una vez que se obtenga la verificación de la cobertura de seguro y la compañía de seguros haya demostrado el pago, es posible que no requerimos ningún pago por la tarifa de visita a la oficina, o podemos requerir solo su copago/coseguro de la tarifa de visita a la oficina. En el caso de que su compañía de seguros demuestre el pago y luego deje de hacer pagos, o exija un reembolso de los pagos que se nos realicen, usted es responsable de pagar cualquier saldo impagado de las tarifas de visita a la oficina.

Nuestras tarifas están determinadas por la complejidad del caso particular y los diferentes servicios utilizados durante el tratamiento. No podemos facturar a su compañía de seguros a menos que traiga toda la información del seguro. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte en ese contrato. En caso de que no aceptemos la asignación de beneficios, requerimos que proporcione un número de tarjeta de crédito con autorización para facturar esa cuenta de cualquier saldo que su compañía de seguros no pague. Si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta en su totalidad en un plazo de 45 días, el saldo de su cuenta se transferirá automáticamente a su tarjeta de crédito. Al firmar este documento, usted está asignando a esta oficina los beneficios a los que usted es elegible para recibir por la atención prestada en esta oficina. Además, al firmar este documento, usted autoriza la divulgación de cualquier información a cualquier compañía de seguros, ajustador o abogado que le ayude en el pago de una reclamación.

Usual and Customary Rates (UCR)

Nuestra práctica se compromete a proporcionar el mejor tratamiento posible para nuestros pacientes. Cobramos lo que es habitual y habitual para nuestra zona. Tenga en cuenta que algunos, y a veces, tal vez todos los servicios proporcionados pueden ser servicios "no cubiertos" y no se consideran razonables y necesarios bajo el programa Medicare y/o por otro seguro médico. Usted es responsable del pago en su totalidad de la tarifa de visita a la oficina, independientemente de la determinación arbitraria de cualquier compañía de seguros de las tarifas habituales y habituales.

Missed Appointments

A menos que se cancele con al menos 24 horas de anticipación, nuestra política es cobrar por citas perdidas a la tarifa de una visita normal a la oficina. Sus tratamientos serán más eficaces si sigue las pautas de su médico y se atiene en su programa de tratamiento. Por favor, ayúdenos a servirle mejor manteniendo las citas programadas.

Gracias por entender nuestra Política Financiera. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud. He leído la Política Financiera. Entiendo y acepto esta Política Financiera.

Una fotocopia de este formulario se considerará tan efectiva como el original.

X _____ Fecha _____

Firma de paciente

FEIFEI LIU TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

Para: Pacientes pagando en el momento del servicio

En un esfuerzo por minimizar los costos y crear la mejor atmósfera posible para la curación, hemos hecho los siguientes ajustes a nuestras Tarifas Usuales y Consuetudinarias. Podemos hacer esto porque pagar en el momento del servicio libera a esta oficina del trabajo en papel que consume mucho tiempo y el seguimiento de las reclamaciones de seguros presentadas.

En su visita inicial, usted será responsable de la visita al consultorio del Nuevo Paciente. La factura mostrará la visita a la oficina y mi tarifa. Sin embargo, hay varios procedimientos que pueden ocurrir durante su visita, que serán modificados, cualquiera de estos procedimientos utilizados durante su tratamiento se reducirá a \$0.00, y usted será responsable de la tarifa de visita a la oficina solamente.

97810-52 Acupuncture 1st 15 min

97811-52 Acupuncture 2nd 15 min

97010-52 Heat therapy

97014-52 Elec. Stim (Unattended)

97032-52 Elec. Stim. (Attended)

99070-52 Needles

97813-52 Acupuncture w/Elec.stim1st 15 min

97814-52 Acupuncture w/Elec Stim 2nd 15 min

97140-52 Manual Therapy

97530-52 Kinetic Activities

97110-52 Therapeutic Exercises

La tarifa por la visita a la oficina del Nuevo Paciente (code 99203) es \$150.00

La tarifa por cada visita a la oficina después de la visita inicial (code 99213) es \$95.00

He leído y entiendo la información contenida en ella.

_____ **Fecha** _____
Firma de paciente

Tuyo en Salud,

**Feifei Liu, AP
 Acupuncture Physician**

FEIFEI LIU TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Yo, _____, por la presente consiente ser tratada con acupuntura y hierbas medicinales por Feifei Liu, AP o quien ella designe en su ausencia.

Entiendo que la acupuntura se realiza mediante la inserción de agujas finas en puntos específicos del cuerpo con la intención de mejorar las funciones del cuerpo y / o aliviar el dolor. Entiendo que sólo se utilizarán agujas desechables preesteriladas. Además, entiendo que las agujas pueden causar dolor localizado temporal, hematomas o ligeros dolores de cabeza. También se puede utilizar la terapia térmica "Moxibustion" a.k.a. y se pueden recetar medicamentos naturales a base de hierbas.

Estoy en pleno cumplimiento del hecho de que en el caso de que decida buscar tratamiento de un profesional de la salud fuera de esta clínica y los registros de pacientes necesitan ser transferidos, todas las recetas de hierbas / puntos de acupuntura en los registros están protegidos por derechos de autor, la propiedad exclusiva de ESTA clínica y no se puede utilizar sin el permiso expreso por escrito de ESTA clínica. Cualquier solicitud de registros de pacientes por mí o cualquier otro profesional de la salud a la que decida transferirme con fines de uso de recetas de hierbas/acupuntura con derechos de autor de ESTA clínica sin permiso está estrictamente prohibida.

Acepto el hecho de que no hay ninguna garantía con respecto al resultado de mi acupuntura o tratamientos herbales y entiendo que puedo interrumpir el tratamiento en cualquier momento. También acepto que NO hay REEMBOLSOS en ningún servicio, incluyendo medicamentos a base de hierbas.

El pago debe hacerse en su totalidad en el momento del tratamiento.

Firma de paciente o representante

Fecha

Los empleados de Feifei Liu Traditional Chinese Medicine para mantener su confidencialidad lo mejor que puedan. Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a la privacidad de sus registros, póngase en contacto con el gerente de la oficina.