

## Brown Fertility, LLC

**Formulario Confidencial de Información al Paciente - El formulario debe ser llenado completamente para asegurar el procesamiento correcto de la reclamación.**

Seguro Social \_\_\_\_\_ Paciente \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
(# de Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil del paciente: \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Correo electrónico del paciente \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_  
(S M S D W Sep)

Estado de Empleo - \_\_\_\_\_ Estudiante \_\_\_\_\_  
( TC TP Retirado N/A ) ( TC TP )

Médias de referencia \_\_\_\_\_ Médico de atención primaria \_\_\_\_\_

¿Cómo le gusta ser dirigido o que le llamen? \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia si no vive con usted \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
(Nombre y Apellido) (Teléfono)

Nombre de la farmacia, número de teléfono, número de fax y dirección \_\_\_\_\_

**Seguro primario:** \_\_\_\_\_ Nombre del suscriptor (Asegurado) \_\_\_\_\_

Suscriptor: Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ # de seguro social \_\_\_\_\_ del empleado \_\_\_\_\_

# de ID \_\_\_\_\_ Nombre del grupo y # \_\_\_\_\_ Relación del paciente con el asegurado \_\_\_\_\_  
(Asegurado, cónyuge, niño)

Dirección de la compañía de seguro \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código postal)

**Segundo seguro:** \_\_\_\_\_ Nombre del suscriptor (Asegurado) \_\_\_\_\_

Suscriptor: Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ # de seguro social \_\_\_\_\_ del empleado \_\_\_\_\_

# de ID \_\_\_\_\_ Nombre del grupo y # \_\_\_\_\_ Relación del paciente con el asegurado \_\_\_\_\_  
(Asegurado, cónyuge, niño)

Dirección de la compañía de seguro \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código postal)

### Información de derivación del paciente:

Referido por: \_\_\_\_\_ Si es referido por un amigo, ¿podemos darle las gracias a él o ella? Sí/No

Entiendo que tengo la responsabilidad directa y principal de pagar la tarifa regular de Brown Fertility, LLC. por los servicios que se me presten. Entiendo que, si mi compañía de seguros no paga o si hay algún retraso en pagarle a Brown Fertility, LLC, tengo la responsabilidad pagar la factura médica directamente. Además, entiendo y acepto que, si no puedo efectuar pagos puntuales a Brown Fertility, LLC, seré responsable de todos y cada uno de los costos razonables por cobros, incluidos los honorarios de presentación y honorarios razonables de abogados.

Por los servicios prestados, autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra información necesaria para enviar las reclamaciones a mi compañía de seguros.

Esto puede incluir los diagnósticos y expedientes durante mi examen o tratamiento. También solicito el pago de beneficios gubernamentales a mí o a la parte que acepta la asignación (Brown Fertility, LLC es una subsidiaria de propiedad total de North Florida Obstetrical & Gynecological Associates, P.A). Autorizo el pago de beneficios médicos al médico que presente la reclamación. Acepto eximir a Brown Fertility, LLC de cualquier y todos los costos, responsabilidades y daños, incluidos todos los honorarios razonables del abogado, que resulten directamente de la divulgación de mis expedientes médicos conforme a este consentimiento.

Entiendo que la oficina puede contratar a una Enfermera Profesional Registrada (ARNP, por sus siglas en inglés) o a un asociado médico (PA, por sus siglas en inglés) y si tengo una cita con ellos, estoy dispuesto a consultarlos en lugar del médico.

Este formulario fue modificado por última vez el **1 de octubre de 2012**. Reconozco haber leído esta autorización y entender su contenido.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Tarjeta de seguro escaneada/copiada Identificación escaneada/copiada \_\_\_\_\_

# Renuncia de Seguro de Fertilidad Brown para SERVICIOS NO CUBIERTOS Y NO DERIVACIÓN

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
NOMBRE DEL PACIENTE _____	_____	
Apellido	Nombre	
Inicial del segundo nombre		
DIRECCIÓN _____		
FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____	NUMERO DE TELEFONO DURANTE EL DIA _____	
Mes	Día	Año
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____	SEGURO _____	

SERVICIOS NO CUBIERTOS y NO DERIVACIÓN DE SEGURO
<p><b>┌ SERVICIOS NO CUBIERTOS</b></p> <p>Entiendo que mi seguro sólo pagará por servicios y suministros que se consideren beneficios cubiertos bajo mi plan particular y que sean médicamente necesarios para mi cuidado y tratamiento. Brown Fertility me ha informado que el siguiente servicio <i>es o puede ser un Servicio No Cubierto bajo mi plan de seguro</i>:</p> <p><i>Ultrasonidos/análisis: \$150-\$250; Visitas a la oficina: \$42-\$ 500;</i> <i>Laboratorio/extracción de sangre: \$10-\$200; Ciclo de FIV: \$3,275.00-\$25,000.00;</i> <i>Otros procedimientos: \$365-\$6,000.00.</i></p> <p>Deseo que el servicio o suministro se proporcione con el entendimiento de que los gastos no serán pagados por mi seguro, o si se presentan gastos y mi compañía de seguros niega pagarlos, <b>seré responsable financieramente de pagar todos los gastos del servicio.</b></p> <p>Brown Fertility me proporcionará una estimación de mi responsabilidad financiera total y la fecha en la que se debe pagar esta cantidad por completo. Entiendo que, debido a las necesidades específicas de cada tratamiento, procedimiento o embarazo, esta tarifa es sólo una estimación. En caso de que mi atención exceda la cantidad de la estimación, seré responsable financieramente de pagar el saldo.</p> <p><b>┌ NO DERIVACIÓN</b></p> <p>Entiendo que no <b>tengo una derivación para la visita de hoy. Hoy seré atendido como un paciente que pagará "por cuenta propia".</b></p>

FIRMA
Fecha: _____
Firma del paciente: _____
Firma del padre, tutor legal o representante legal: _____
Firma del testigo: _____

3 de septiembre de 2015

Esta exención no debe usarse para los beneficiarios de Medicare. Por favor, notifique a nuestra oficina si usted está cubierto por Medicare, ya que requieren que se use su propio Aviso Avanzado de Beneficiario (ABN).

**BROWN FERTILITY LLC**

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PRUEBA CONFIDENCIAL  
DE VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)**

La prueba del VIH es un proceso que utiliza pruebas aprobadas por la FDA para detectar la presencia del VIH, el virus que causa el SIDA y para ver cómo el VIH está afectando su cuerpo. El tipo de prueba más común de VIH detecta los anticuerpos producidos por el cuerpo después de ser infectado por el VIH. Los resultados de las pruebas son altamente fiables, pero una prueba negativa no garantiza que esté sano. Por lo general, puede tardar hasta tres meses en desarrollar anticuerpos contra el VIH. A este período se le denomina "período silente". Durante este tiempo, usted puede obtener resultados negativos del VIH a pesar de que el virus está en su cuerpo y puede transmitirlo a los demás. Un resultado positivo a la prueba de anticuerpos contra el VIH significa que usted está infectado con el VIH y también puede transmitirlo a otros incluso si se siente saludable.

**Si obtiene un resultado positivo, por ley debemos notificar al Departamento de Salud local.** Se pondrán en contacto con usted para ayudarle con consejería, tratamiento, gestión del caso y otros servicios si los necesita y desea. Se le preguntará sobre su sexo y/o compañeros con quien comparte agujas, y se le ofrecerán servicios de consejería y derivación (PCRS). El resultado de la prueba del VIH pasará a formar parte de su expediente médico confidencial.

Encontrar la infección por el VIH temprano puede ser importante para su tratamiento, que junto con las precauciones adecuadas, ayuda a prevenir la propagación de la enfermedad. Si está embarazada, hay tratamiento disponible para ayudarle a prevenir que su bebé contraiga el VIH. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su proveedor o llame a la Línea Directa para SIDA de Florida (1-800-FLA-AIDS o 1-800-352-2437) antes de firmar este formulario.

**CONSENTIMIENTO DADO:**

\_\_\_\_\_ Sí, acepto \_\_\_\_\_ someterme a pruebas de detección del VIH y  
(Nombre impreso del paciente)

me han informado acerca de la prueba del VIH y sus beneficios y limitaciones. Entiendo que algunas pruebas requieren que me tomen un segundo espécimen para que lo analicen.

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

\_\_\_\_\_  
Firma de testigo

\_\_\_\_\_  
Relación del representante legal con el paciente

*Las pautas del Estado de Florida recomiendan que los resultados del VIH sean anunciados al paciente mediante una cita personal y no por teléfono. Si esta opción no le resulta conveniente y usted prefiere ser notificado por teléfono, por favor, coloque sus iniciales abajo.*

*Iniciales del paciente* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No, yo \_\_\_\_\_ no quiero que me hagan la prueba del VIH, porque

\_\_\_\_\_  
(Razón por la cual rechaza la prueba requerida)

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD**

Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar una copia del **Aviso de Privacidad de Brown Fertility, LLC** del **1 de septiembre de 2013** (el "Aviso"). Entiendo que tengo la responsabilidad de leer el presente Aviso y notificar por escrito a Brown Fertility, LLC de cualquier solicitud de restricciones en el uso o divulgación de mi información de salud individualmente identificable. Entiendo que el aviso incluye acceso electrónico al historial de mi medicamento. Brown Fertility, LLC tiene el derecho de revisar este Aviso en cualquier momento y publicará una copia del Aviso actual en la oficina en un lugar que sea visible en todo momento y en nuestro sitio web. Brown Fertility, LLC me proporcionará una copia de su más reciente Aviso si lo solicito.

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

\_\_\_\_\_ Firma del padre, tutor legal o representante

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y COBERTURA DEL SEGURO**

Entiendo que, en consideración de los servicios prestados al paciente, soy responsable directa y ultimadamente de pagar la cantidad de todos los costos incurridos por los servicios y procedimientos prestados en Brown Fertility, LLC. Brown Fertility, LLC verificará mi seguro y comprobará si los servicios están cubiertos. Si los servicios no están cubiertos (no son pagables) 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 la cual debo pagar esta cantidad por completo. Es posible que se requiera un depósito de prepago.

Si mi seguro cubre alguno de los servicios, soy responsable de pagar cualquier deducible, coaseguro o copago aplicable antes de la prestación de servicios. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar a Brown Fertility, LLC una copia de mi tarjeta de seguro actual. Si es necesario, se deberá completar una exención para cada visita de pago por cuenta propia o servicio no cubierto. Brown Fertility, LLC es una subsidiaria de propiedad total de North Florida Obstetrical & Gynecological Associates, P.A. ("PA") y puede presentar una reclamación de pago con mi compañía de seguros. En caso de que reciba el pago de mi compañía de seguros, acepto aprobar cualquier pago debido por los servicios prestados a la PA. Si el proveedor no tiene un contrato con su proveedor primario, los servicios deben ser pagados por completo al momento en que se presten los servicios.

Si no tengo seguro, seré considerado un paciente de Pago Privado (o Pago Automático), y soy responsable financieramente por la cantidad total de los servicios prestados. Todos los pacientes que reciben servicios médicos están obligados a proporcionar su número de seguro social antes de recibir los servicios y están obligados a pagar antes o al momento del servicio. Los pacientes sin número de seguro social deben proporcionar una identificación válida. Si los servicios son enviados a un laboratorio externo, los servicios serán facturados a mi seguro o a mí por el laboratorio y yo recibiré una factura separada.

**CRIOPRESERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO**

Si usted ha dado su consentimiento para congelar sus embriones, ovocitos y/o espermatozoides, se aplicará una tarifa de almacenamiento después del primer año de almacenamiento. Si no paga las tarifas de almacenamiento en un período de 30 días a partir de la emisión de la factura, la tarifa será considerada morosa, y se iniciará un proceso de cobranza que puede resultar en presentar la deuda a una oficina de crédito. Los pagos morosos de las tarifas de crio conservación entrarán en el mismo proceso de cobranza que las tarifas de almacenamiento no pagadas.

### **CANCELACIÓN DEL CICLO DE IVF PROGRAMADO O PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS**

Si se cancela un ciclo programado de FIV/FET/donante o procedimiento quirúrgico hospitalario por cualquier motivo, se aplicará un cargo por cancelación. La cancelación del FIV se define como la interrupción después de la fecha de inicio de la píldora anticonceptiva oral, y la cancelación quirúrgica se define como la cancelación por cualquier razón dos semanas antes de la fecha de la cirugía. Cualquier diferencia entre el costo de los procedimientos reales realizados y la cantidad del depósito será devuelta al paciente/garante una vez que el paciente haya sido dado de alta y todas las disposiciones de seguro hayan sido recibidas.

### **CONSENTIMIENTO PARA TRATAR**

Por la presente, doy mi consentimiento y autorizo el cumplimiento de todos los procedimientos y planes apropiados de tratamiento, la administración de todos los anestésicos y todos y cada uno de los medicamentos que, a criterio de mi proveedor, se pueden considerar necesarios o recomendables para mi diagnóstico y/o tratamiento. Brown Fertility LLC y otras filiales de PA pueden compartir un registro médico electrónico (EMR, por sus siglas en inglés). Para facilitar la prestación de mi atención médica, doy mi consentimiento para que Brown Fertility tenga acceso a mis registros médicos administrados por cualquier otra filial de PA.

### **INFORMACIÓN ADICIONAL**

El pago se puede hacer a la PA en forma de: Dinero en efectivo, cheques, débito y tarjetas de crédito (MasterCard, Visa y Discover) y por medio de instituciones de préstamos exteriores. Si el pago se realiza con tarjeta de crédito por teléfono, se le enviará un recibo de tarjeta de crédito al paciente después de que se procese el pago. Los pacientes que reciban servicios en nuestras oficinas satelitales pueden necesitar pagar por adelantado todos los servicios prestados.

Entiendo que se aplicarán cargos adicionales a mi cuenta por los cheques rechazados que yo utilice para pagar, por las cartas certificadas que se me envíen para recaudar los pagos y por los honorarios de la agencia de cobranza. Si la cuenta es remitida a una agencia de cobranza externa o un abogado recaudar los pagos, el abajo firmante pagará todos los honorarios por cobro, incluyendo un honorario razonable de abogado. Cualquier crédito del paciente (reembolso) se aplicará a mis otros saldos pendientes antes de que se emita cualquier reembolso, incluidos los saldos adeudados a otras subsidiarias de propiedad total de la PA. También entiendo que tal pago no es contingente en ningún pago del seguro, liquidación o juicio.

También me pueden cobrar si no cancelo mi cita programada, por no pagar mi copago y/o coseguro o responsabilidad del paciente incluyendo los deducibles al momento del servicio, por servicios de gestión telefónica, por materiales educativos, por acuerdos de pago que se superen los 12 meses, por formulario de FMLA y por otros gastos administrativos incluyendo copias de los expedientes médicos. Se cobran tarifas por no presentarse a las citas si no notifica a nuestra oficina en un plazo de 24 horas antes de la cita programada.

### **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

Por la presente autorizo y asigno todos los pagos y/o beneficios de seguro para servicios médicos y/o procedimientos quirúrgicos prestados al paciente, directamente a la PA. Por la presente autorizo a Brown Fertility, LLC a divulgar la información médica necesaria para obtener los pagos. Acepto eximir a Brown Fertility, LLC de todos y cada uno de los costos, responsabilidades y daños, incluyendo honorarios de abogados razonables, que resulten directamente de la divulgación de mi historial médico conforme a este consentimiento. Entiendo que soy responsable financieramente por todos los cargos no cubiertos por mi plan de seguro.

### **FIRMA**

**AL FIRMAR ESTE ACUERDO, RECONOZCO QUE HE LEÍDO CUIDADOSAMENTE, COMPRENDO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ANTERIORES.**

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

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

Firma del empleado que revisó el formulario: \_\_\_\_\_

# BROWN FERTILITY LLC

## Consentimiento para la divulgación de información médica

Hay veces en las que se nos pide dar a los miembros de la familia u otra información sobre los resultados de las pruebas, especialmente si usted no está disponible para recibirlos. Si desea que proporcionemos información sobre su tratamiento y/o los resultados de las pruebas a su familia o amigos, por favor incluya sus nombres y su relación con usted. **Por favor, indique el tipo de información que cada persona puede recibir** al marcar lo que podemos divulgar y lo que no podemos divulgar. Incluya sus propias notas si es necesario para mayor aclaración.

### Definiciones:

**Toda la información:** Toda y cualquier información que tengamos en nuestro archivo relacionada con usted, que puede incluir información de facturación, citas, tratamientos, resultados de pruebas, etc. e información sobre enfermedades de transmisión sexual; VIH/SIDA, control de natalidad, embarazo e información sobre salud mental.

**Citas solamente:** Sólo información relacionada con las fechas y horas de las citas.

**ETS/VIH:** Información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH, SIDA, HPV, displasia, papilas anormales, herpes, GC, Chlamydia, sífilis, vaginitis, Trichomonas, etc.

**Embarazo/aborto:** Información relacionada con embarazos y abortos.

**Control de natalidad:** Información relacionada con la prevención del embarazo, incluyendo pastillas anticonceptivas, diafragmas, preservativos, DIU, etc.

<u>Relación</u>	<u>Nombre de la persona recibir información permitida</u>	<u>Tipo de información que puede ser divulgada</u>				
Madre	_____	<input type="checkbox"/> Toda la información	<input type="checkbox"/> Citas solamente	<input type="checkbox"/> ETS/VIH	<input type="checkbox"/> Embarazos/ abortos	<input type="checkbox"/> Control de natalidad
Padre	_____	<input type="checkbox"/> Toda la información	<input type="checkbox"/> Citas solamente	<input type="checkbox"/> ETS/VIH	<input type="checkbox"/> Embarazos/ abortos	<input type="checkbox"/> Control de natalidad
Esposo	_____	<input type="checkbox"/> Toda la información	<input type="checkbox"/> Citas solamente	<input type="checkbox"/> ETS/VIH	<input type="checkbox"/> Embarazos/ abortos	<input type="checkbox"/> Control de natalidad
_____	_____	<input type="checkbox"/> Toda la información	<input type="checkbox"/> Citas solamente	<input type="checkbox"/> ETS/VIH	<input type="checkbox"/> Embarazos/ abortos	<input type="checkbox"/> Control de natalidad
_____	_____	<input type="checkbox"/> Toda la información	<input type="checkbox"/> Citas solamente	<input type="checkbox"/> ETS/VIH	<input type="checkbox"/> Embarazos/ abortos	<input type="checkbox"/> Control de natalidad

**NINGÚN TIPO DE INFORMACIÓN**

**Este consentimiento para divulgar información permanecerá vigente hasta que sea revocado por escrito.**

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo del personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Brown Fertility

**10012012**

**BROWN FERTILITY LLC**

**Oficina principal: 14540 Old St. Augustine Road, Suite 2497 Jax, FL. 32258**

**Centro de IVF/Dirección para los fines de semana: 8149 Point Meadows Way Jax, FL. 32256**

**Orlando: 70 W. Gore Street Orlando, FL 32806**

**Tallahassee: 1405 Centerville # 4200 Tallahassee, FL 32308**

**904-260-0352 o 1-800-750-8823**

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

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del paciente), autorizo a Brown

Fertility LLC para que proporcione información detallada sobre las citas, derivación e información de las pruebas en:

Por favor, complete y marque todas las opciones que correspondan:

\_( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Número de contestador automático

\_( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Número de telefono celular

\_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico

Este consentimiento permanecerá vigente hasta que sea revocado por escrito.

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo del personal de Brown Fertility

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Cuestionario:**

**¿Qué fue lo más importante para usted cuando seleccionó a un especialista en infertilidad?  
(Seleccione UNA OPCIÓN)**

Reputación/derivación  Precios  Tasas de éxito  Ubicación  Disponibilidad de citas

**¿Es esta su primera visita con un especialista en infertilidad?**

Sí

No, he sido atendido en \_\_\_\_\_