

Welcome

Date _____

Patient Name _____		Sex _____	
Date of Birth _____		SSN _____	
Address _____			
City, State, Zip _____			
Home Phone _____		Cell Phone _____	
Email Address _____		<input type="checkbox"/> Married	<input type="checkbox"/> Separated
		<input type="checkbox"/> Divorced	<input type="checkbox"/> Widowed
Guarantor if Minor _____		Relationship _____	
Guarantor Date of Birth _____		Guarantor SSN _____	
Patient Employer _____			
How did you hear about us? _____			

Emergency Contact _____		Relationship _____	
Address _____		Phone _____	

Primary Insurance Carrier _____			
Insured's Name _____			
Relationship to Patient _____		Insured's Date of Birth _____	
Policy Number _____		Group Number/Name _____	

Secondary Insurance Carrier _____			
Insured's Name _____			
Relationship to Patient _____		Insured's Date of Birth _____	
Policy Number _____		Group Number/Name _____	

Payment is required at time of visit. An insurance claim will be filed as a courtesy.

The information on this form is true and correct to the best of my knowledge. I hereby authorize the release of medical information to my insurance company. I hereby authorize payment of insurance benefits to Metrolina Surgical Specialists. I do hereby agree to pay all medical charges incurred by the above listed patient. I understand that these charges are my responsibility regardless of insurance coverage. I further agree in the event of non payment, to bear the cost of collections, and/or court cost and reasonable legal fess should this be required.

Signature _____ Date _____

Bienvenido

Fecha _____

Nombre del paciente _____	Sexo _____
Fecha de nacimiento _____	SSN _____
Domicilio _____	
Ciudad, estado, código zip _____	
Teléfono fijo _____	Teléfono celular _____
Email _____	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
Garante si es menor _____	Relación _____
Fecha de nacimiento del garante _____	SSN del garante _____
Empleador del paciente _____	
¿Cómo se enteró de nosotros? _____	

Contacto de emergencia _____	Relación _____
Domicilio _____	Teléfono _____

Compañía de seguros primaria _____	
Nombre del asegurado _____	
Relación con el paciente _____	Fecha de nacimiento del asegurado _____
Número de póliza _____	Número/nombre del grupo _____

Compañía de seguros secundaria _____	
Nombre del asegurado _____	
Relación con el paciente _____	Fecha de nacimiento del asegurado _____
Número de póliza _____	Número/nombre del grupo _____

Deberá realizar el pago al momento de la visita. Se presentará una reclamación de seguro como cortesía.

La información en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Por la presente autorizo la divulgación de información médica a mi compañía de seguros. Por la presente autorizo el pago de los beneficios del seguro a Metrolina Surgical Specialists. Por el presente acepto pagar todos los gastos médicos incurridos por el paciente mencionado anteriormente. Entiendo que estos cargos son mi responsabilidad independientemente de la cobertura del seguro. Además, acepto, en caso de falta de pago, asumir el costo de los cobros o los costos judiciales y una fianza legal razonable si esto fuera necesario.

Firma _____ Fecha _____

Medical History Form

Please answer the following questions to the best of your knowledge:

NAME: _____

DATE: _____

DATE OF BIRTH: _____

MEDICAL HISTORY

Do you have any of the following?

<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Aortic Aneurysm	<input type="checkbox"/> Varicose Veins
<input type="checkbox"/> High Cholesterol	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> PVD
<input type="checkbox"/> Heart Disease	<input type="checkbox"/> Kidney Disease	<input type="checkbox"/> Seizures	<input type="checkbox"/> Foot Ulcers
<input type="checkbox"/> Heart Attack	<input type="checkbox"/> Liver Disease	<input type="checkbox"/> Reflux	<input type="checkbox"/> Blood Clots
<input type="checkbox"/> Stroke	<input type="checkbox"/> Lung Disease	<input type="checkbox"/> Stomach Ulcer	<input type="checkbox"/> Other

Recent illnesses or hospitalizations and conditions: _____

Give year of surgeries.

<input type="checkbox"/> Appendectomy	<input type="checkbox"/> Vascular Bypass	<input type="checkbox"/> Amputation	<input type="checkbox"/> C-section
<input type="checkbox"/> Gallbladder	<input type="checkbox"/> Aneurysm Repair	<input type="checkbox"/> Heart Bypass	<input type="checkbox"/> Mastectomy
<input type="checkbox"/> Hernia Repair	<input type="checkbox"/> Dialysis Access	<input type="checkbox"/> Vein Stripping	<input type="checkbox"/> Hysterectomy

Other Surgeries: _____

SOCIAL HABITS

Use of:

TOBACCO	<input type="checkbox"/> Smoke	<input type="checkbox"/> Chew	<input type="checkbox"/> How Much?
	<input type="checkbox"/> Previous, but Quit		<input type="checkbox"/> Date Quit
ALCOHOL	<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Occasionally	<input type="checkbox"/> Daily
RECREATIONAL DRUGS	<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Occasionally	<input type="checkbox"/> Daily

FAMILY HISTORY

Does anyone in your family have and of the following conditions? If so, give relationship

<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Heart Disease	<input type="checkbox"/> Bleeding Disorder
<input type="checkbox"/> Stroke	<input type="checkbox"/> Seizure Disorder
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Obesity
<input type="checkbox"/> Peripheral Vascular Disease	<input type="checkbox"/> Other

PHYSICIAN SIGNATURE _____ DATE: _____

Formulario de historia clínica

Responda las siguientes preguntas lo mejor que pueda:

NOMBRE: _____

FECHA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

HISTORIA CLÍNICA

¿Tiene alguno de los siguientes?

<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Aneurisma aórtico	<input type="checkbox"/> Venas varicosas
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> PVD
<input type="checkbox"/> Cardiopatía	<input type="checkbox"/> Nefropatía	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Úlceras en los pies
<input type="checkbox"/> Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Reflujo	<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre
<input type="checkbox"/> Apoplejía	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Úlcera estomacal	<input type="checkbox"/> Otro

Enfermedades u hospitalizaciones y afecciones recientes: _____

Proporcionar año de cirugía.

<input type="checkbox"/> Apendectomía	<input type="checkbox"/> Bypass vascular	<input type="checkbox"/> Amputación	<input type="checkbox"/> Cesárea
<input type="checkbox"/> Vesícula biliar	<input type="checkbox"/> Reparación de aneurisma	<input type="checkbox"/> Bypass de corazón	<input type="checkbox"/> Mastectomía
<input type="checkbox"/> Reparación de hernia	<input type="checkbox"/> Acceso para diálisis	<input type="checkbox"/> Decapado de venas	<input type="checkbox"/> Histerectomía

Otras cirugías: _____

HABITOS SOCIALES

Uso de:

TABACO	<input type="checkbox"/> Fumo	<input type="checkbox"/> Mástico	<input type="checkbox"/> Cuánto?
	<input type="checkbox"/> Fumaba, pero dejó		<input type="checkbox"/> Fecha de abandono
ALCOHOL	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> A diario
DROGAS RECREATIVAS	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> A diario

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Alguien en su familia padece algunas de las siguientes afecciones? Si es así, indique la relación

<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Cardiopatía	<input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico
<input type="checkbox"/> Apoplejía	<input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Obesidad
<input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica	<input type="checkbox"/> Otro

FIRMA DEL MÉDICO _____ FECHA: _____

METROLINA SURGICAL SPECIALISTS, PLLC

*Vascular Surgery * General Surgery * Surgical Endoscopy * Laparoscopic Surgery*

*Obinna N. Eruchalu, MD, FACS, FICS, RPVI
Melissa J. Stallings, PA-C*

Practice Policies

In order to reduce confusion and misunderstanding between our patients and the practice, we have adopted the following policies. If you have any questions about the policy, please discuss them with our office manager or billing supervisor. We are dedicated to providing the best possible care and services to you and regard your understanding of our policies as an essential element of your care and treatment.

Financial:

We have made prior arrangements with many insurers and other health plans to accept an assignment of benefits. We will bill those plans with which we have an agreement and will require you to pay the authorized co-payment or deductible at the time of service. It is the policy of our office to collect the co-payment when you arrive for your appointment.

In the event your insurer or health plan does not pay, you will be responsible for the complete charge. Payment is due upon receipt of a statement from our office.

Unless other arrangements have been made in advance we expect full payment at the time of service. For your convenience we will accept VISA, MasterCard, American Express and Discover Card.

Minor Patients:

For all services rendered to minor patients, we will look to the parent(s)/guardian(s) of the patient, authorizing treatment and the parent or guardian with custody for payment.

Missed Appointments:

In order to provide the best possible service and availability to all our patients it is our policy to charge our office visit fee for any appointments not cancelled at least one day prior to the appointment. Please call us as early as possible if you know you will need to reschedule your appointment.

Medical Records:

Metrolina Surgical Specialists makes every effort to protect private health information. In compliance with state and federal regulations, medical records are maintained on all patients up to seven years after the last date-of-service. At that time, medical records are destroyed per HIPAA guidelines. You may request a copy of your records up to that time.

I have read and understand the policies of the practice and I agree to be bound by its terms. I agree in the event of financial default to bear the cost of collections and/or court cost including reasonable attorney fees and interest at a rate of 8% from date of service. I understand that I may request a copy of my medical record and that there may be a fee for copying. I also understand and agree that such terms may be amended from time to time by the practice.

Name of Patient

Date

Signature of Patient or Responsible Party

Witness

METROLINA SURGICAL SPECIALISTS, PLLC

*Vascular Surgery * General Surgery * Surgical Endoscopy * Laparoscopic Surgery*

Obinna N. Eruchalu, MD, FACS, FICS, RPVI

Melissa J. Stallings, PA-C

Políticas del consultorio

Para reducir las confusiones y malentendidos entre nuestros pacientes y el consultorio, hemos adoptado las siguientes políticas. Si tiene alguna pregunta sobre las políticas, consulte a nuestro gerente de oficina o al supervisor de facturación. Nos dedicamos a brindarle la mejor atención y servicios posibles, y consideramos que la comprensión de nuestras políticas es un elemento esencial de la atención y el tratamiento.

Financiera:

Hicimos arreglos previos con muchas aseguradoras y otros planes de salud para aceptar una asignación de beneficios. Facturaremos aquellos planes con los que tenemos un acuerdo y le solicitaremos que pague el copago o deducible autorizado al momento de brindarle el servicio. Es política de nuestra oficina cobrar el copago cuando llegue a su cita.

En caso de que su aseguradora o plan de salud no pague, usted será responsable por el cargo completo. El pago vence al recibir un estado de cuenta de nuestra oficina.

Salvo que se hayan hecho otros arreglos por adelantado, deberá realizar el pago completo al momento del servicio. Para su conveniencia, aceptaremos VISA, MasterCard, American Express y Discover Card.

Pacientes menores:

Para todos los servicios prestados a pacientes menores, buscaremos a los padres/tutores del paciente, autorizando el tratamiento y al padre o tutor con custodia para el pago.

Citas perdidas:

Con el fin de brindar el mejor servicio y disponibilidad posibles a todos nuestros pacientes, es nuestra política cobrar nuestra tarifa de visita al consultorio por cualquier cita no cancelada al menos un día antes. Llámenos lo antes posible si sabe que tendrá que reprogramar su cita.

Registros médicos:

Metrolina Surgical Specialists hace todo lo posible para proteger la información médica privada. Según las regulaciones estatales y federales, se conservan los registros médicos de todos los pacientes hasta siete años después de la última fecha de servicio. En ese momento, los registros médicos se destruyen según las pautas de HIPAA. Podrá solicitar una copia de sus registros hasta ese momento.

Leí y entendí las políticas del consultorio y acepto estar sujeto a sus términos. Acepto, en caso de incumplimiento financiero, asumir el costo de los cobros o los costos judiciales, incluidos los honorarios razonables de abogados y los intereses a una tasa del 8 % a partir de la fecha del servicio. Entiendo que puedo solicitar una copia de mis registros médicos y que se me puede cobrar una tarifa por la copia. También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados de vez en cuando por el consultorio.

Nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente o responsable

Testigo

METROLINA SURGICAL SPECIALISTS, PLLC

*Vascular Surgery * General Surgery * Surgical Endoscopy * Laparoscopic Surgery*

Obinna N. Eruchalu, MD, FACS, FICS, RPVI

Melissa J. Stallings, PA-C

HIPAA Release of Information

Authorization Form

I _____ hereby authorize Metrolina Surgical Specialists, PLLC and its affiliates, employees and agents, to release my personal health information (e.g. information relating to the diagnosis, treatment, claims payment and healthcare services provided or to be provided to me and which identifies my name, address, social security number, Member ID) to:

Name _____ Relation _____

Name _____ Relation _____

Name _____ Relation _____

Patient's Signature

Witness

Patient's Date of Birth

Date

Record Release Authority

I _____ hereby authorize Metrolina Surgical Specialists, PLLC and its affiliates, employees and agents, to obtain my personal health information (e.g. information relating to the diagnosis, treatment, claims payment and healthcare services provided or to be provided to me and which identifies my name, address, social security number, Member ID) from all previous healthcare providers.

Patient's Signature

Witness

Patient's Date of Birth

Date

METROLINA SURGICAL SPECIALISTS, PLLC

*Vascular Surgery * General Surgery * Surgical Endoscopy * Laparoscopic Surgery*

Obinna N. Eruchalu, MD, FACS, FICS, RPVI

Melissa J. Stallings, PA-C

Divulgación de información de HIPAA

Formulario de autorización

Yo _____, por la presente, autorizo a Metrolina Surgical Specialists, PLLC y sus afiliados, empleados y agentes, a divulgar mi información médica personal (por ejemplo, información relacionada con el diagnóstico, tratamiento, pago de reclamaciones y servicios de atención médica proporcionados o que se me brindarán y que presentan mi nombre, dirección, número de seguro social, identificación de miembro) a:

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Firma del paciente

Testigo

Fecha de nacimiento del paciente

Fecha

Autoridad para la liberación de registros

Yo _____, por la presente, autorizo a Metrolina Surgical Specialists, PLLC y sus afiliados, empleados y agentes, a obtener mi información de salud personal (por ejemplo, información relacionada con el diagnóstico, tratamiento, pago de reclamaciones y servicios de atención médica proporcionados o que se me brindarán y que presentan mi nombre, dirección, número de seguro social, identificación de miembro) de todos los proveedores de atención médica anteriores.

Firma del paciente

Testigo

Fecha de nacimiento del paciente

Fecha