

ALFIERI CARDIOLOGY, P.A.

701 Foulk Road, Suite 2B
Wilmington DE 19803

G-39 Omega Drive
Newark, DE 19713

2600 Glasgow Avenue, Suite 103
Newark, DE 19702

Teléfono (302) 731-0001 • Fax (302) 731-0040

HOJA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____ - _____ - _____

Género: _____ Masculino _____ Femenino _____ Estado civil: _____ Casado _____ Soltero _____

Teléfono casa: _____ - _____ - _____ Teléfono trabajo: _____ - _____ - _____

Celular: _____ - _____ - _____

Raza: Hispano/Latino No Hispano/Latino Otro Declinar

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

¿A quién contactar en caso de emergencia?

Nombre: _____ Teléfono: _____ - _____ - _____ Relación: _____

¿Cómo se enteró de Alfieri Cardiology P.A.?

Amigo de la familia - Médico de atención primaria - Cecil Whig News Journal – Otro _____

QUE NECESITA SABER

- Leer esta notificación para poder tomar una decisión informada sobre su atención
 - Hacernos saber cualquier pregunta que pueda tener luego de leerlo

El paciente es responsable de los servicios prestados. Se completarán los formularios necesarios (incluidas las referencias/recomendaciones) para ayudar a acelerar los pagos a la compañía de seguros; sin embargo, el paciente es responsable de todas las tarifas, independientemente de la cobertura del seguro. También se requiere que el pago de los copagos se efectúe al momento del servicio. Entiendo que si es incorrecta o inapropiada la información del seguro o no se obtiene las recomendaciones para mi consulta(s), mi cita puede cancelarse y se me puede facturar a mi cuenta por el monto adeudado.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Solicito que el pago de los beneficios autorizados por Medicare y/u otras compañías de seguros, se haga en mi nombre y directamente a Alfieri Cardiology P.A., por cualquier servicio que se me haya proporcionado por las partes que acepta la designación del médico. Se aplicarán normas relacionadas con los beneficios designados por Medicare.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Autorizo a Alfieri Cardiology P.A. a divulgar información a la Administración del Seguro Social y a la Administración Financiera de Atención Médica o sus intermediarios u operadores, cualquier información necesaria para este reclamo o relacionado a Medicare o reclamo a otra compañía de seguros. Entiendo que cualquier o toda mi información médica puede usarse para la investigación de datos-ciegos, en el que ninguno de los datos estará vinculado a mi identidad. Entiendo que mi información médica puede enviarse electrónicamente a cualquiera o todos mis médicos tratantes, hospitales y/o beneficios médicos de la parte que acepta la asignación. Si es necesario prestarme atención médica, otorgo permiso a Alfieri Cardiology P.A. a acceder a mi historial de recetas médicas como está disponible por Surescripts.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Notificación anticipada de no-cobertura al beneficiario (ABN)

NOTA: Si su compañía de seguros no paga por ningún servicio prestado por el proveedor, usted será responsable del saldo de las tarifas. El Seguro de Salud Primario no paga por cada servicio proporcionado, aun cuando la atención que usted o su proveedor de salud médica tengan buenas razones para pensar que lo necesita. El proveedor de servicio presentará todos los reclamos a la(s) compañía(s) de seguros que se enumera(n) a continuación en un intento de obtener una decisión oficial sobre el pago. Sin embargo, si la(s) compañía(s) de seguros no paga por los servicios prestados, entonces el proveedor de atención médica no es responsable.

Su información de salud se mantendrá confidencial, y cualquier información que recopilemos sobre usted en este formulario se mantendrá confidencial en su tabla de pacientes. Si presenta un reclamo a la(s) compañía(s) de seguro(s), su información de salud en este formulario puede compartirse con el pagador según las normas federales.

Seguro principal: _____ ID del usuario o # póliza: _____

Grupo #: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha nacimiento: ____/____/____ ¿Requiere su seguro referencia? ___Sí___No Copago: \$ _____

Seguro secundario: _____ ID del usuario o # póliza: _____

Grupo #: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha nacimiento: ____/____/____

Tercer seguro: _____ ID del usuario o # póliza _____

Grupo #: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha nacimiento: ____/____/____

*** Medicaid no paga por todo el costo de su atención médica. Medicaid solo paga por las pruebas y servicios cubiertos cuando se cumplen las reglas de Medicaid, basados en su programa de cobertura. Si está inscrito en un programa de cobertura limitada, puede ser facturado por servicios no cubiertos. Se aplican las normas de cobertura limitada.

Los programas de cobertura completa o limitada de Medicaid incluyen: **(marcar con un círculo su plan)**

❖ **Medicaid de DE (Delaware)**

| | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Cobertura completa | <input type="radio"/> Planificación familiar y servicios relacionados |
| <input type="radio"/> Programa de enfermedad renal crónica | <input type="radio"/> Beneficiario calificado de Medicare |
| <input type="radio"/> DE Programa de niños saludables | <input type="radio"/> Cuidado a largo plazo |
| <input type="radio"/> DE Asistencia de recetas medicas | <input type="radio"/> Hospicio |
| <input type="radio"/> DE Programa de tratamiento del cáncer | <input type="radio"/> Transporte |

❖ Opciones de salud (Blue Cross Blue Shield)

❖ United Health Care Community Plan (UHC)

❖ Diamond State Partners

*** La elegibilidad del paciente será verificada por la oficina del proveedor de atención médica ***

Información adicional: se entiende que, al firmar aquí abajo, usted ha recibido una copia de este aviso y comprende su contenido

Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/____



Teléfono (302) 737-0001
Fax (302) 731-0040

**HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996)
Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad de
Alfieri Cardiology**

Al firmar a continuación, acuso recibo del Aviso de Práctica de Privacidad del HIPAA por Alfieri Cardiology:

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o si cree que podríamos haber violado sus derechos de privacidad, solicite hablar con nuestro Oficial de Privacidad de HIPAA o con el gerente de la oficina. Se le proporcionará una copia de este aviso de privacidad si desea guardarla para sus archivos.

Favor **marcar su opción con un círculo:**

Si

No

(Parar aquí. No escribir abajo)

ESTA SECCIÓN ES SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA

El paciente y/o representante arriba mencionado se ha negado a firmar el acuso de recibo del Aviso de Práctica de Privacidad de Alfieri Cardiology.

Nombre de empleado

Fecha

Wilmington
701 Foulk Rd. Suite 1A
Wilmington, DE 19803

Omega
39 Omega Drive
Newark, DE 19713

Glasgow
2600 Glasgow Ave. Suite 103
Newark, DE 19702



¡¡DISPONIBLE AHORA, EL PORTAL DEL PACIENTE!!

Alfieri Cardiology desea que se una a nuestro nuevo portal de pacientes; a través del cual podrás:

- Enviar y recibir mensajes no urgentes
- Solicitar recargas de medicamentos
- Ver resultados de laboratorio y pruebas
- Solicitar y ver citas programadas

Unirse es fácil. A continuación, simplemente proporcione su información y recibirá una invitación por correo electrónico de IQHealth. La invitación expira en 90 días, así que no se demore. Siga el enlace proporcionado en el correo electrónico para aceptar la invitación y crear su cuenta; y cuando se le solicite su contraseña, ingrese su código postal de 5 dígitos.

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Email: _____

A ser completado por el personal de la oficina:

DOS: _____

MRN: _____

Póliza de pago

Le damos las gracias por elegir Alfieri Cardiology como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a brindarle una atención médica de calidad y asequible. Esta póliza se ha establecido teniendo en cuenta estos objetivos y para evitar cualquier malentendido o desacuerdo con respecto al pago por los servicios profesionales.

Cobertura del seguro: en general participamos con la mayoría de las principales compañías de seguros, incluidas Medicare y Medicaid. Si no participamos con su compañía de seguros, entonces el pago vence al momento del servicio. Es su responsabilidad tener conocimiento y comprender los beneficios de su seguro. Si tiene preguntas, ponerse en contacto con su compañía de seguros.

Constancia de seguro: todos los pacientes deben proporcionar una identificación con foto junto con su tarjeta de seguro. No proporcionar esta información podría resultar en la falta de pago de los reclamos y pasa a ser el saldo del paciente. Usted es responsable de notificarnos, antes de su visita, de cualquier cambio en el seguro.

Referencias y autorizaciones: algunos seguros requieren una REFERENCIA de su médico de atención primaria, del cual usted es responsable de proporcionar al momento del servicio. Algunos seguros requieren una AUTORIZACIÓN antes de que se presten servicios; sin embargo, no es una garantía de pago, aunque obtengamos la autorización necesaria.

Copagos: los copagos deben efectuarse al momento del servicio. El incumplimiento en recaudar los copagos constituye fraude de seguros bajo las regulaciones federales y estatales. Para su conveniencia, aceptamos efectivo, cheques, Visa, MasterCard y Discover. Si no cancela su copago, su cita puede ser reprogramada. Se fijará un cargo por servicio de \$10.00 cada vez que el copago no se pague al momento del servicio.

Saldo de cuenta del paciente: todos los saldos del paciente deben ser pagados en el momento del servicio o inmediatamente después de recibir el estado de cuenta. Si no se realiza el pago o no se ha establecido un plan de pago, entonces futuros servicios pueden ser suspendidos. Después de 120 días el saldo se considerará moroso y se los puede enviar a una agencia de cobranzas; así también se le cobrará una tarifa por cualquier saldo enviado a cobranzas. Si eso ocurre, se puede suspender el servicio médico, y a la sazón recibirá una notificación por escrito y tendrá 30 días para encontrar atención alternativa.

Inasistencia a las citas: las citas que no se cancelan dentro de las 24 horas anteriores a la hora programada, se consideran "ausencia". Por lo tanto, cobramos una tarifa por no presentarse a la cita. Según las circunstancias y por cortesía podemos aceptar una falta; sin embargo, se le cobrará por futuros incidentes.

Presentación de reclamos: presentamos reclamos primarios y secundarios, y una vez que se haya procesado toda la cobertura del seguro, cualquier saldo restante se convertirá en responsabilidad del paciente. Haremos todo lo posible para asegurar que sus reclamos se procesen y paguen correctamente; sin embargo, es posible que deba comunicarse directamente con su compañía de seguros.

Nuestra práctica se compromete a proporcionar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Le damos gracias por comprender nuestra política de pago y le agradeceremos hacernos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído y entiendo esta política de pago y acepto cumplir con sus directrices:

Firma del paciente o representante

Fecha

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Medicamentos:

Si tiene una lista, favor proporcionarla a su llegada al personal de la oficina.

| |
|---|
| Nombre de la farmacia: _____ Teléfono: ____ / ____ / ____ |
|---|

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | MG. (Miligramos) | CON QUE FRECUENCIA LO TOMAS |
|------------------------|------------------|-----------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Alergia a medicamentos: _____

Historia Familiar:

Madre:

- Enfermedad del corazón
- Presión alta
- Ataques al corazón
- Cardiomiopatía
- Fibrilación arterial
- Cirugía a corazón abierto
- CHF (insuficiencia cardíaca congestiva)
- Cáncer ¿qué tipo? _____
- _____
- Diabetes
- Derrame cerebral
- Otro

Padre:

- Presión alta
- Ataques al corazón
- Cardiomiopatía
- Fibrilación arterial
- Cirugía a corazón abierto
- CHF (insuficiencia cardíaca congestiva)
- Cáncer ¿qué tipo? _____
- _____
- Diabetes
- Derrame cerebral
- Otro

Historia Médica: Marcar lo que corresponda

- Enfermedad del corazón
- Presión alta
- Ataques al corazón. Si es así ¿dónde lo tuvo y en qué año? _____
- Catéter cardíaco
 - Colocación de una endoprótesis (stent); Si es así ¿dónde lo tienes y en qué año? _____
- Cirugía a corazón abierto
 - Derivación (bypass) /CABG
 - Reemplazo o reparación de válvula
 - Si es así ¿dónde lo tienes y en qué año? _____
- Cardioversión. Si es así ¿dónde lo tienes y en qué año? _____
- Ablación cardíaca. Si es así ¿dónde lo tienes y en qué año? _____
- Miocardiopatía
- Fibrilación arterial
- Marcapaso/implante desfibrilador. Si es así ¿dónde lo tienes y en qué año? _____

- CHF (insuficiencia cardíaca congestiva)
- Enfermedad arterial periférica
- Cáncer. Si es así ¿qué tipo? _____
- Diabetes
- Derrame cerebral
- Otro _____

Uso de alcohol _____ **Si** _____ **No**

¿Eres fumador? _____ **Si** _____ **No**

Cigarrillo electrónico/vapeo _____ **Si** _____ **No**

Abuso de estupefacientes _____ **Si** _____ **No**

EMPLEO/ESCUELA

- Empleado/a
- Medio Tiempo
- Retirado/a o jubilado/a
- Incapacitado/a
- Desempleado/a
- Estudiante

ESTADO CIVIL

- Soltero/a
- Casado/a
- Divorciado/a
- Viudo/a

EJERCICIOS

- Frecuencia
 - Nunca
 - A diario
 - 1 ó 2 veces por semana
- Tipo de ejercicio _____

DELAWARE ADVANCED VEIN CENTER

A DIVISION OF ALFIERI CARDIOLOGY, P.A.

Su nombre: _____ Fecha: _____

¿Cómo se entero de nuestro consultorio?

Marque todas las opciones que correspondan:

- Referencia médica Nombre del doctor: _____
- Familia o amigo Nombre: _____
- Comercial de TV
- Exposición en el centro comercial Christiana (Mall)
- Facebook/Instagram/TikTok
- Google/búsqueda en la red (internet)
- Paciente actual
- OTRO - Favor detallar _____

¡Gracias!

(actualizado febrero 2026)