



# HART FERTILITY CLINIC

HOUSTON ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

Dorothy Roach, MD • Ertug Kovanci, MD  
111 Vision Park Blvd, Ste 110 • The Woodlands, TX 77384  
350 Kingwood Medical Dr, Ste 320 • Kingwood, TX 77339  
Teléfono: 281-444-4784 • Teléfono: 281-444-0429

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Referido por:

### Información del Paciente

Nombre:			
Dirección:		Ciudad, Estado: Código postal:	
Móvil #:	Casa #:	Trabajo #:	
Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo:	DL#:
SSN:	Ocupación:		Estado civil:
Correo electrónico:			
Empleador:			

### Información de pareja

Nombre:			
Dirección (si es diferente):		Ciudad, Estado: Zip:	
Móvil #:	Inicio #:	Trabajo #:	
Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo:	DL#:
SSN:	Ocupación:		
Correo electrónico:			
Empleador:			

### Información del seguro medico

Nombre de la empresa:	
Política / ID #:	
Grupo #:	
Teléfono de Atención al Cliente #:	
Nombre del titular de la póliza y fecha de nacimiento:	

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Autorizo a Houston Assisted Reproductive Technologies (North Houston Center for Reproductive Medicine) el pago de beneficios y el derecho a apelar todas las reclamaciones de seguro según corresponda en mi nombre. Entiendo que tengo un contrato con mi compañía de seguros, y es mi responsabilidad entender mis beneficios y cómo funciona mi plan. LA VERIFICACIÓN DE BENEFITS NO ES UNA GARANTÍA DE PAGO SEGÚN LO DIVULGADO POR EL PLAN DE SALUD. Mi plan de salud determina si un reclamo es elegible para el pago en el momento en que se recibe y procesa según la descripción del plan, la elegibilidad del miembro, los términos, las exclusiones, las limitaciones, las exenciones de las pautas de la póliza, las cláusulas adicionales, los máximos de beneficios, los preexistentes y la cobertura al momento del servicio. Entiendo que legalmente mi seguro tiene 45 días para pagar las reclamaciones, momento en el cual se me puede facturar en su totalidad. Acepto ser totalmente responsable de todas las deudas legales contraídas por mí mismo por servicios cubiertos o no por el seguro. Autorizo al médico a divulgar información médica confidencial y / o protegida (PHI) o cualquier información necesaria para procesar este o cualquier reclamo futuro o pasado en el curso de mi examen, tratamiento, operaciones o pago según lo definido por HIPAA. Esta autorización seguirá siendo válida a menos que sea revocada por escrito por el paciente.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Como cortesía a otros pacientes, solicitamos un aviso de 48 horas para todas las cancelaciones. Si no se da el aviso adecuado, los pacientes estarán sujetos a una tarifa de no presentación de \$ 100



HOUSTON ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

Dorothy Roach, MD Ertug Kovanci, MD•

111 Vision Park Blvd, Ste 110 • The Woodlands, TX 77384

350 Kingwood Medical Dr, Ste 320 • Kingwood, TX 77339

Teléfono: 281-444-4784 • Teléfono: 281-444-0429

## Directiva de Oficina

Bienvenido a Houston Assisted Reproductive Technologies y gracias por elegir nuestras instalaciones para su atención médica. Queremos asegurarnos de que su visita con nosotros sea una experiencia agradable. **Por favor revise e inicie** nuestras políticas de oficina para que tenga una mejor comprensión de nuestra oficina.

### Horario

Nuestra oficina está abierta de lunes a jueves de 7:30 a 4:00 p.m. y los viernes de 7:30 a 4:00 p.m.

### Emergencias

Si los problemas que ocurren después del horario regular de oficina, llame a nuestro número de oficina principal y siga las instrucciones para transferir su llamada al servicio de contestador. El servicio de contestador se pondrá en contacto con el médico/enfermero de guardia. Los pacientes de infertilidad que experimentan problemas con los medicamentos: los tratamientos también pueden usar este procedimiento.

### Consultas

**Todas las preguntas y solicitudes deben enviarse a través de nuestro Portal del Paciente seguro para obtener el mejor tiempo de respuesta.** Las consultas serán respondidas durante el horario de oficina. Se hace todo lo posible para responder a su solicitud el mismo día. Algunas preguntas requieren la opinión del médico y pueden responderse el siguiente día hábil. Las consultas enviadas después de las 3:00 pm pueden ser respondidas el siguiente día hábil.

### niños/as en las citas

Debido a que tratamos a mujeres que están tratando activamente de concebir, y debido a que los niños comúnmente portan enfermedades infecciosas virales, que pueden propagarse fácilmente, es para la protección de todos nuestros pacientes que **respetuosamente le pedimos que no traiga niños a nuestra oficina.** Debido a la naturaleza de nuestra especialidad, no tratamos a pacientes menores de 18 años.

### Teléfono celular

Le pedimos amablemente que cuando lo llamen a la sala de examen, interrumpa inmediatamente su llamada para que nuestro asistente médico, enfermera y médico puedan hacer que su cita sea lo más eficiente posible.

### Facturación

El pago vence en el momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques personales, MasterCard, Visa y Discover, así como tarjetas de débito. Se cobrará una tarifa de \$35 por cualquier cheque o tarjeta de crédito insuficiente o devuelto.

### Seguro Secundario

Nuestro funcionario solo presentará sus reclamos de seguro a su compañía de seguros principal. Si tiene un seguro secundario, usted será responsable de presentar esos reclamos usted mismo. Puede acceder a información específica de reclamos a través del recibo detallado ubicado en la pestaña Facturación en su Portal del paciente.

### **Registros de facturación**

HART le proporcionará un recibo de su pago en cada fecha del servicio. Su cheque / recibo anulado, recibo de tarjeta de crédito y superfactura son su registro financiero. Por favor, conserve estas copias para sus fines fiscales

### **Citas**

Los pacientes son atendidos con cita previa solo durante nuestro horario normal de oficina. Este tiempo está reservado solo para ti. Si no puede asistir a su cita, háganoslo saber para que podamos programar un nuevo horario para usted. No presentarse o perder citas incurrirá en una tarifa de \$ 100 por no presentarse. Este cargo no está cubierto por el seguro de salud. Se hará todo lo posible para que usted sea visto de manera oportuna. En caso de que ocurra un retraso, se le informará del retraso y se le dará la oportunidad de reprogramar su cita si es necesario.

### **Referencias**

Si su plan de salud requiere una remisión para su visita, es su responsabilidad obtener esa referencia antes de su cita.

### **Citas**

En consideración a la privacidad de TODOS los pacientes, es nuestra política limitar las visitas al médico solo al PACIENTE. Los cónyuges son bienvenidos durante la consulta, inseminaciones, transferencia de embriones y ultrasonidos de embarazo.

### **Resultados de la prueba**

Se hace todo lo posible para comunicarle los resultados de su prueba de manera oportuna. Espere de 5 a 7 días hábiles para recibir los resultados. Se puede anticipar que algunas pruebas requerirán otra visita para analizar más a fondo los resultados y las opciones de tratamiento.

### **Resurtidos de recetas**

Las recetas y resurtidos serán autorizados durante nuestro horario normal de oficina. Es su responsabilidad comunicarse con su farmacia con 72 horas de anticipación para sus resurtidos. Una vez que su farmacia se comunice con nuestra oficina, se llamará por teléfono a un resurtido de recetas de rutina dentro de las 24 horas. Las recargas también pueden requerir una cita de seguimiento. No se realizarán recargas fuera de horario, viernes o fines de semana

### **Reembolsos**

El reembolso de la cuenta del paciente y del plan de salud requerirá una auditoría de la cuenta antes de considerar cualquier reembolso. Los reembolsos se realizarán si hay un saldo de cuenta, ya sea del paciente o de su plan de salud.

### **Registro Médico y Confidencialidad**

Nuestra oficina se adhiere a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Su expediente médico es estrictamente confidencial. Se requiere su autorización previa por escrito para la divulgación de información. La tarifa de registro médico es de \$ 25 prepagada. Los registros se divulgan solo al paciente, le recomendamos que haga una copia para usted mismo si proporciona sus registros a otro médico. La solicitud de registro médico se procesará dentro de los 10 días hábiles.

### **Solicitudes especiales para completar cartas o formularios**

Las solicitudes para completar formularios o cartas especiales (es decir, discapacidad, adopción, solicitudes, etc.) se considerarán caso por caso, y es posible que se requiera una tarifa prepagada antes de completarla.

### **Fraude y abuso**

El fraude se define como hacer declaraciones falsas, tergiversaciones o engaños intencionales de hechos materiales para obtener algún beneficio, como el pago de servicios médicos para los cuales de otro modo no existiría ningún derecho. Como médico, tengo la obligación de cumplir con los requisitos de la política y los beneficios del plan de salud. El fraude se castiga con restitución, multas, pérdida de licencia y/o encarcelamiento. Nuestra oficina no alterará los registros para lograr la mejora de los beneficios médicos o el reembolso.

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_



HOUSTON ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

Dorothy Roach, MD • Ertug Kovanci, MD  
111 Vision Park Blvd, Ste 110 • The Woodlands, TX 77384  
350 Kingwood Medical Dr, Ste 320 • Kingwood, TX 77339  
Teléfono: 281-444-4784 • Teléfono: 281-444-0429

**Designación del (de los) Representante(s) Personal(es)  
Para el uso y divulgación de información médica protegida**

Bajo las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) que entró en vigencia el 14 de abril de 2003, los proveedores de atención médica y su personal están limitados en la información que pueden compartir con personas que no sean el paciente o su padre o tutor. En muchos casos, a los pacientes les gustaría involucrar a un miembro de su familia u otra persona en el manejo de su atención médica. Tales divulgaciones de información son permitidas por HIPAA cuando el paciente (o su padre o tutor) designa a un individuo (s) como su representante personal. Por lo tanto, si desea designar a una o más personas para que actúen como su representante personal, complete la información a continuación.

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

Yo, el paciente / padre / tutor designo a la(s) persona(s) enumerada(s) a continuación para que actúe como mi (s) representante (s) personal (s) o el representante personal del nombre anterior. Al designar a esta persona (s) como mi representante personal, estoy dando permiso al médico y al personal de North Houston Center Medicina Reproductiva / Laboratorio de Fertilidad del Norte de Houston para discutir cualquier información relacionada con mi atención médica (incluidas citas, diagnósticos, planes de tratamiento, información de seguros y otros temas relacionados).

Esta designación permanecerá vigente hasta el momento en que la revoque por escrito.

Nombre del Representante Personal	Relación	Número de teléfono	Dirección

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

**Acuse de recibo de nuestro Aviso conjunto de prácticas de privacidad**

Reconozco que he recibido un Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad de HART Fertility Clinic. Este Aviso conjunto de prácticas de privacidad se aplica a la práctica de privacidad de HART Fertility Clinic.

Este formulario se utiliza para documentar (a) el acuse de recibo de un individuo de nuestro Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad o (b) cuando no hemos obtenido este reconocimiento, nuestro esfuerzo de buena fe para obtener el reconocimiento.

Firma del paciente:

Fecha:



**HART**  
FERTILITY CLINIC

HOUSTON ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

Dorothy Roach, MD Ertug Kovanci, MD•  
111 Vision Park Blvd, Ste 110 • The Woodlands, TX 77384  
350 Kingwood Medical Dr, Ste 320 • Kingwood, TX 77339  
Teléfono: 281-444-4784 • Teléfono: 281-444-0429

### Ausento y política de cancelación el mismo día

HART Fertility se compromete a programar a cada paciente con tiempo suficiente para la atención necesaria para brindar la mejor atención posible. Se hace todo lo posible para que seas visto de manera oportuna.

Debido a que no hacemos citas con exceso, ausentes y cancelaciones el mismo día pueden representar una dificultad significativa en nuestra práctica.

Los horarios de las citas que se reservan y luego resultan en no presentarse o cancelaciones el mismo día contribuyen al tiempo que les toma a todos los pacientes programar una cita oportuna.

Este tiempo está reservado solo para ti. Si no puede asistir a su cita, háganoslo saber con 48 horas de anticipación para que podamos programar una nueva hora para usted. Su cancelación anticipada le dará a otra persona la posibilidad de tener acceso a una cita.

La tarifa por "no presentarse" y "cancelaciones el mismo día" es de **\$ 100**, como se indica en nuestra Política de oficina. Esta tarifa se pagará antes de programar otra cita.

Reconocimiento de la política de no presentación y cancelación tardía.

---

Nombre impreso del paciente

---

Fecha de firma del paciente



**Cuestionario de Coordinación de Beneficios**

Muchas familias están cubiertas por más de un plan de salud. El contrato de su plan de salud contiene una disposición de Coordinación de Beneficios (COB). El proceso de coordinación de beneficios (COB) determina qué plan paga primero. Si elre es cualquier otro seguro, este formulario es necesario para que podamos procesar sus reclamos de manera precisa y oportuna. Este proceso asegura que su médico esté presentando primero el plan primario, ya sea que tenga o no beneficios, ya que el plan de salud lo requiere antes de presentar la solicitud con el secundario si tiene beneficios. Si no presentamos de manera precisa, correcta y oportuna, esto puede causar demora en los pagos de reclamos, pagos incorrectos o pagos excesivos por parte del plan de salud.

**Seguro primario a través del empleador del paciente**

Seguro #1:

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Employer: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Subscriber ID #: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

**OTROS SEGUROS:**

¿Está usted o cualquier otro miembro de este plan cubierto por otra póliza de seguro médico?

- En caso afirmativo, complete todos los campos a continuación que pertenecen al miembro que tiene la otra cobertura.

**Seguro secundario, a través del cónyuge empleador o seguro privado**

Verifique los que corresponden:  Otro seguro de salud  Seguro privado

¿Qué tipo de política es esta?  Grupo  Política individual  Política estudiantil

Seguro #2: \_\_\_\_\_

Dirección	Ciudad	ST	Código postal	Numero #
-----------	--------	----	---------------	----------

Dependiente(s) listado(s) en el otro seguro: Fecha de vigencia o cancelación, si es diferente del titular de la póliza

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del otro asegurado: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza: Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia de otro seguro: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Si se cancela, fecha de cancelación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Es el asegurado:

- Trabajando activamente para el grupo  Inactivo  Jubilado, Fecha de jubilación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Sobre **COBRA**, que comenzaba: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Empleador del asegurado: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



# HART

FERTILITY CLINIC

HOUSTON ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

Dorothy Roach, MD • Dr. Ertug Kovanci, MD

111 Vision Park Blvd, Ste 110 • The Woodlands, TX 77384

350 Kingwood Medical Dr, Ste 320 • Kingwood, TX 77339

Teléfono: 281-444-4784 • Teléfono: 281-444-0429

### AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Nombre del paciente:	DOB:
Dirección:	
SSN #:	Teléfono #:

Por la presente autorizo a Hart Fertility Clinic a: \_\_\_\_\_ Liberación a / \_\_\_\_\_ Recibir de

Teléfono de persona u organización #

Fax #

Fechas de servicio

Esta información se divulga con el siguiente propósito:

\_\_\_\_ Atención continua \_\_\_\_ Legal \_\_\_\_ Seguros \_\_\_\_ Servicios para discapacitados \_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_

Información a publicar	
____ Registro OB	____ Resultados de laboratorio
____ Registro completo	____ Otro: _____

VIH/SIDA: DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE CUALQUIER RESULTADO POSITIVO O NEGATIVO DE LA PRUEBA DE SIDA O INFECCIÓN POR VIH, ANTICUERPOS CONTRA EL SIDA O INFECCIÓN CON CUALQUIER OTRO AGENTE CAUSAL DEL SIDA CON EL RESTO DE MIS REGISTROS MÉDICOS:

INICIAL: \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

Entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona o instalación que la recibe, y entonces ya no estaría protegida por la ley federal o de privacidad de Texas.

Si se me está entregando información, entiendo que mi registro médico puede contener informes, resultados de pruebas y notas que solo un médico puede interpretar. Entiendo y se me ha aconsejado que debo comunicarme con mi médico con respecto a las entradas realizadas en mi registro médico para evitar mi malentendido de la información que se ha escrito en el registro. No responsabilizaré a Houston Assisted Reproductive Medicine por cualquier interpretación errónea de la información de salud protegida como resultado de no consultar a mi médico para la interpretación correcta.

Esta autorización será válida por 120 días a menos que sea revocada por escrito por el paciente antes de la fecha de vencimiento.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha