



Madhavan Pisharodi, M.D.

Board Certified: Neurological Surgery • Assistant Professor, Neurosurgery, UTMB, Galveston

Cathryn L. Garnett, M.S.N., C.N.S., F.N.P.

Family Nurse Practitioner

Forma para Registrarse

Información del Paciente

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Número Social: _____
 Teléfono (Casa) _____ Teléfono (Trabajo) _____ Celular: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Información para Emergencias: (Familiar ó amigo que no vivan con usted)

1. Nombre: _____ Relación: _____ Telefono: _____
 2. Nombre: _____ Relación: _____ Telefono: _____

Información de su Médico tratante ó que la refiere:

Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____

- ¿Esta su lesión relacionada a un accidente de vehiculo de motor?
- ¿Su lesión ocurrió en una tienda departamental?
- ¿Es ésta una lesión relacionada con su trabajo?

Si	No
Si	No
Si	No

Si contestó Si, a alguna de las 3 preguntas anteriores, favor de contestar las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la fecha de su lesión? _____
- Hay algún abogado manejando su caso? _____
- Cual es el nombre de su abogado y número de teléfono: _____

Información de la Persona o Compañía para la cual usted trabaja:

Nombre de la Compañía: _____ Supervisor: _____ Telefono: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Información de su Seguro Médico

Seguro Médico Primario: _____ Nombre del Titular de la Poliza: _____
 Fecha de Nac. del Titular: _____ # Social del Titular: _____

Seguro Médico Secundario: _____ Nombre del Titular de la Poliza: _____
 Fecha de Nac. del Titular: _____ # Social del Titular: _____

Yo autorizo el pago de beneficios a el Dr. Pisharodi, por los servicios y tratamientos brindados por mi lesión. Autorizo tambien la entrega de información, para procesar el pago de los servicios que se me brindaron, a Madhavan Pisharodi, M.D.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



Madhavan Pisharodi, M.D.

Board Certified: Neurological Surgery • Assistant Professor, Neurosurgery, UTMB, Galveston

Cathryn L. Garnett, M.S.N., C.N.S., F.N.P.

Family Nurse Practitioner

Date / Fecha: _____

(English)

I, _____ agree to pay all medical expenses owed to Dr. Pisharodi. I hereby assume full compliance and promise to settle all expenses incurred thereof, following the legal settlement regardless of the fact that the settlement covers the medical expenses or not.

I, _____ hereby give permission that my photograph be taken as a record for my chart.

Patient Signature

Witness

(Español)

Yo, _____ tomo toda responsabilidad por cobros y pagos medicos al Dr. Pisharodi. To aseguro que toda deuda sera pagada por completo, al terminar mi caso en la corte, independientemente de que mi caso en la corte cobra mis gastos medicos o no.

Yo, _____ doy permiso para que se me tome una fotografia para mi expediente.

Firma del Paciente

Testigo



Madhavan Pisharodi, M.D.

Board Certified: Neurological Surgery • Assistant Professor, Neurosurgery, UTMB, Galveston

Cathryn L. Garnett, M.S.N., C.N.S., F.N.P.

Family Nurse Practitioner

Entrega de Información Medica

Yo, _____ por medio de la presente autorizo a Pisharodi Clinic para que entregue cualquier o toda mi información médica incluyendo Records del Hospital, Resultados de Estudios, Diagnosis, Tratamientos o cualquier otra información a los siguientes:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Firma del Paciente

Fecha



Madhavan Pisharodi, M.D.

Board Certified: Neurological Surgery • Assistant Professor, Neurosurgery, UTMB, Galveston

Cathryn L. Garnett, M.S.N., C.N.S., F.N.P.

Family Nurse Practitioner

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Número Social: _____

1. ¿Cual es la causa de su visita al doctor hoy?

2. ¿Ha visto a otro doctor por esa misma causa?

Si _____ No _____ Si contestó sí, favor de proveer la siguiente información:

Nombre del Doctor: _____ Especialidad del Doctor: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Dirección: _____

3. ¿Por cuánto tiempo ha tenido usted éste mismo Seguro Médico?

4. ¿Si tiene menos de 12 meses con éste Seguro Médico, por favor mencione que otro seguro tenia usted previamente?

Nombre de la Compañía de Seguro Médico: _____ Teléfono: _____

Fecha de Cobertura: De _____ a _____

5. ¿Sabe usted de alguna clausula de condiciones pre-existentes en su poliza actual de Seguro Médico que le niegue beneficios por algun periodo de tiempo?

Si _____ No _____

6. Si contestó Si, ¿Por cuanto tiempo? _____

7. Fecha del Contrato: _____

Yo certifico que la información otorgada en esta hoja es cierta y apegada a lo mejor de mi conocimiento. Yo soy responsable por todos los gastos medicos que esten relacionados con mi condición médica actual. Acepto pagar todos los gastos medicos que se deban al Dr. Madhavan Pisharodi, si por alguna razon mi compañía de seguro no cubre mi condición actual.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma del Testigo: _____

Fecha: _____



Madhavan Pisharodi, M.D.

Board Certified: Neurological Surgery • Assistant Professor, Neurosurgery, UTMB, Galveston

Cathryn L. Garnett, M.S.N., C.N.S., F.N.P.

Family Nurse Practitioner

Patient: _____

Social Security Number: _____

Claim Number: _____

I hereby instruct and direct _____ Insurance Company to pay by check made out and mailed to: *(Por medio de la presente autorizo a la Compañía de Seguro Médico __ a pagar por medio de cheques, hechos y enviados a:)*

**Madhavan Pisharodi, M.D., P.A.
3475 West Alton Gloor, Suite A, Brownsville, Texas 78520**

If my current policy prohibits direct payment to the doctor, I hereby instruct and direct you to make out the check to me mail it to as follows: *(Si mi poliza actual prohíbe el pago directo a doctor, entonces autorizo que el cheque sea hecho a mi nombre, pero enviado a:)*

**c/o Madhavan Pisharodi, M.D., P.A.
3475 West Alton Gloor, Suite A, Brownsville, Texas 78520**

For the professional or medical expense benefits allowable, and otherwise payable to me under my current insurance policy as payment toward the total charges for the professional services rendered. *(Por los beneficios de gastos médicos permitibles y el reembolso a mi nombre bajo mi poliza de seguro actual como pago hacia los cargos por los servicios profesionales otorgados.)*

THIS IS A DIRECT ASSIGNMENT OF MY RIGHTS AND BENEFITS UNDER THIS POLICY.
(CONSIDERE ESTO COMO UNA ASIGNACION DIRECTA DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS BAJO ESTA POLIZA.)

This payment will not exceed my indebtedness to the above mentioned assignee, and I have agreed to pay, in a current manner, any balance of said professional service charges over and above this insurance payment. *(Este pago no excedera mi deuda al asignado arriba mencionado, y yo he acordado pagar de manera adecuada, cualquier balance por dichos cargos por servicios profesionales que estuvieran por encima de este pago de mi seguro.)*

A photo copy of this assignment shall be considered as effective and valid as the original. *(Una fotocopia de esta asignación sera considerada tan efectiva y valida como la original.)*

I also authorize doctor to initiate a complaint to the Insurance Commissioner and/or Texas Department of Insurance for any reason on my behalf. *(Yo tambien autorizo que se entregue cualquier información pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguro, ajustador o abogado involucrado en este caso. Yo autorizo al doctor a iniciar una queja a la Compañía de Seguros y/o al departamento de Seguros de Texas a nombre mio por cualquier razon.)*

Policy Holder Signature: _____ Date: _____

Claimant Signature: _____ Date: _____



Madhavan Pisharodi, M.D.

Board Certified: Neurological Surgery • Assistant Professor, Neurosurgery, UTMB, Galveston

Cathryn L. Garnett, M.S.N., C.N.S., F.N.P.

Family Nurse Practitioner

Insurance Company Compliance Form

Date: _____

We (Pisharodi Clinic), filed the attached claim form with _____
Insurance Company on _____. It has not been paid or denied.

*(Nosotros (Pisharodi Clinic) mandamos la Forma de Cobro anexada a la Compañía de Seguro __ el __.
La cual no ha sido pagada o negada.)*

Please accept this as a formal written complaint against the _____
Insurance Company.

(Por favor acepte la presente como una queja escrita formal en contra de la Compañía de Seguros _____.)

Date: _____

Patient's Name: _____

Address: _____

City, State and Zip Code: _____

I filed the attached claim form with _____ Insurance Company on
_____. It has not been paid or denied.

*(Yo mande la Forma de Cobro anexa a la Compañía de Seguros __ el __. La cual no ha sido pagado o
negada.)*

Benefits were assigned to Madhavan Pisharodi, M.D., P.A., and, as of today's date,
payment has not been received. I am responsible for payment of this bill.

*(Los beneficios fueron asignados a Madhavan Pisharodi, M.D., P.A. y hasta el dia de hoy, el pago no ha
sido recibido. Yo soy responsable por el pago de esta cuenta.)*

Please accept this as a formal written complaint against the _____
Insurance Company.

(Por favor acepte la presente como una queja escrita formal en contra de la Compañía de Seguros _____.)

Patient's Signature _____



Madhavan Pisharodi, M.D.

Board Certified: Neurological Surgery • Assistant Professor, Neurosurgery, UTMB, Galveston

Cathryn L. Garnett, M.S.N., C.N.S., F.N.P.

Family Nurse Practitioner

Consentimiento del Paciente

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACION DE LA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Con mi consentimiento, Madhavan Pisharodi, M.D. o los empleados de su oficina, pueden utilizar y divulgar mi información de salud protegida (PHI por sus siglas en ingles) para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones del cuidado de la salud (TPO por sus siglas en ingles). Favor de referirse a Madhavan Pisharodi, M.D., a sus empleados o al Aviso de Practicas de Privacidad para una descripción más completa de los usos y divulgaciones en 3475 West Alton Gloor, Suite A, Brownsville, Texas 78520.

Tengo el derecho de revisar el Aviso de Practicas de Privacidad antes de firmar éste consentimiento. Madhavan Pisharodi, M.D. o sus los empleados de su oficina se reservan el derecho de modificar su Aviso de Practicas de Privacidad en cualquier momento. Se puede obtener una copia del Aviso de Practicas de Privacidad modificado, enviando una petición escrita al Oficial de Privacidad de Madhavan Pisharodi, M.D. o a su oficina.

Con mi consentimiento, Madhavan Pisharodi, M.D., o los empleados de su oficina pueden llamar a mi casa o a cualquier otra ubicación designada por mi y dejar un mensaje en el correo de voz o con una persona respecto a cualquier asunto que les ayude a desempeñar sus TPO, tales como recordarme de citas, asuntos del seguro medico ó cualquier llamada relacionado con mi cuidado clínico, incluyendo resultados de laboratorio entre otros.

Con mi consentimiento, Madhavan Pisharodi, M.D., o los empleados de su oficina pueden mandarme cartas que les ayuden a desempeñar sus TPO a mi casa o a cualquier otra ubicación designada por mi, tales como recordarme de citas y estados de cuenta, siempre y cuando esten marcadas como personal y confidencial.

Con mi consentimiento, Madhavan Pisharodi, M.D., o los empleados de su oficina pueden enviarme correos electronicos a mi casa o a cualquier otra ubicación designada por mi, cualquier asunto que les ayude a desempeñar sus TPO, tales como recordarme de citas y estados de cuenta. Tengo el derecho de pedirle a Madhavan Pisharodi, M.D. ó a los empleados de su oficina que limiten como utilizan ó divulgan mis PHI para desempeñar sus TPO. Sin embargo, la oficina no esta obligada a aceptar mi solicitud para los límites de divulgación, pero si lo hace esta sujeto a este convenio.

Al firmar este contrato estoy consintiendo que Madhavan Pisharodi, M.D., ó los empleados de su oficina utilicen y divulguen mi PHI para desempeñar su TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito excepto en el caso que la oficina ya haya hecho divulgaciones por atenerse a mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, puede que Madhavan Pisharodi M.D., o los empleados de su oficina se nieguen a darme tratamiento.

Firma del Paciente o Responsable Legal

Nombre del Paciente

Fecha

Yo afirmo que se me ha proporcionado el Aviso de las Practicas de Privacidad y con la Notificación de Medicare/Medicaid, como es requerido por la ley de Acta de Seguro de Salud Portabilidad y Contabilidad del año 1996 (HIPPA)

Firma del Paciente o Responsable Legal

Nombre del Paciente

Fecha



Madhavan Pisharodi, M.D.

Board Certified: Neurological Surgery • Assistant Professor, Neurosurgery, UTMB, Galveston

Cathryn L. Garnett, M.S.N., C.N.S., F.N.P.

Family Nurse Practitioner

Aviso

Si un paciente requiere de cirugía, existe la posibilidad de que el Dr. Pisharodi utilice el sistema Unimax, Radix o Saral, los cuales estan aprovados por la FDA. Pudiera existir un conflicto de intereses debido a que el Dr. Pisharodi estaria utilizando un implante inventado por el.

Nombre del Paciente: _____ Testigo: _____

Fecha: _____