



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA QUE INCLUYEN ADMISIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO

CONSENT FOR TREATMENT, PAYMENT AND HEALTH CARE OPERATIONS INCLUDING ADMISSION AND MEDICAL TREATMENT AUTHORIZATION

Este formulario no puede ser modificado. Todo cambio realizado a mano a este formulario no será legalmente vinculante ni ejecutable.

CONSENTIMIENTO GENERAL, AUTORIZACIÓN, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Autorizo a Atlantic Health System (denominado "el Hospital"), Atlantic Medical Group ("AMG"), el personal del Hospital, el personal de AMG y el/los médico(s) que participa(n) en mis cuidados a brindar cuidados hospitalarios y médicos para mi condición, los cuales pueden incluir procedimientos de diagnóstico de rutina y otros tratamientos médicos que se consideren recomendables por parte del/de los médico(s) que participa(n) en mis cuidados. Esto puede incluir o no la admisión al Hospital. Reconozco que no se me han dado garantías con respecto al resultado de mis cuidados y tratamiento médicos. Comprendo y reconozco que la mayoría de los médicos del Hospital son miembros del personal médico voluntario y no son empleados o agentes del Hospital, pero son ya sea contratistas independientes o profesionales independientes a quienes se les ha otorgado el privilegio de usar las instalaciones del Hospital para los cuidados y el tratamiento de sus pacientes. Esto incluye, entre otros, médicos del Departamento de Emergencias, anesthesiólogos, cardiólogos, neonatólogos, obstetras, patólogos, radiólogos, cirujanos, el médico de guardia y otros asesores que se encarguen de mi tratamiento. Comprendo que los médicos practicantes, los estudiantes de medicina y enfermería y el personal paramédico pueden observar y participar en mis cuidados bajo la supervisión del personal del Hospital o AMG y mi(s) médico(s). Autorizo al Hospital a coordinar la disposición de todas las muestras y tejidos. Estos consentimientos y autorizaciones también se aplicarán a la admisión y el tratamiento médico de un recién nacido que yo dé a luz durante mi hospitalización. Comprendo que puede ser necesario que mi(s) proveedor(es) de atención médica tome(n) fotografías, videos, grabaciones y/u otras imágenes similares y que puede requerirse la presencia del representante de un proveedor para fines médicos, educativos y/o la continuidad de los cuidados.

Por medio del presente reconozco haber recibido una Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente. Comprendo que el personal profesional está disponible para explicar la Declaración. No es aplicable para la Autorización de Tratamiento del Departamento de Emergencia.

El hospital conserva una lista actualizada de pacientes y su ubicación en el hospital. No permito que mi ubicación sea proporcionada a amigos, familia y/o visitantes.

ACUERDOS FINANCIEROS

Comprendo que los cargos del Hospital no incluyen las tarifas de mi médico tratante ni las tarifas por servicios proporcionados por otro personal médico voluntario que se encargue de mi tratamiento. Comprendo que soy el responsable en términos financieros del pago de mis tarifas médicas, y estas tarifas pueden no estar cubiertas por mi plan de seguro. Autorizo el pago de los beneficios de seguro médico (incluyendo los cuidados controlados, Medicare y Medicaid, cuando sea posible) directamente al Hospital y/o todo médico que participe en mis cuidados. Comprendo que algunas entidades de seguros y cuidados controlados requieren aprobación previa de ciertas hospitalizaciones, procedimientos y cirugías, y puede que sea mi responsabilidad obtener las aprobaciones previas adecuadas. Si estoy recibiendo servicios facturados por el hospital, se ha puesto a mi disposición una copia de "Un Mensaje Importante de Medicare", "Un Mensaje Importante de TRICARE" y/o un "Aviso de Cuidado de Caridad y Cuidado de Caridad con Cargo Reducido". Comprendo mis derechos según se definen en el documento que he recibido, si los hubiera. Además, puede requerirse un depósito si se me ha clasificado como paciente con costo a su cargo. No es aplicable para la Autorización de Tratamiento del Departamento de Emergencia.

Autorizo al Hospital y a todos los proveedores clínicos que me han brindado cuidados, junto con cualquier servicio facturado, agencia de cobro, abogado u otro agente que trabaje en su nombre, a comunicarse conmigo a mi teléfono celular y/o teléfono fijo usando sistemas de marcado automático por teléfono u otra tecnología asistida por computadora. No autorizo tal comunicación en este momento.

INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

He recibido una copia del Aviso de Prácticas Privadas para la Información de Salud Protegida (el "Aviso"). Este Aviso brinda una descripción completa de los usos y las divulgaciones de mi Información de Salud Protegida Personal ("PHI", por sus siglas en inglés). He tenido una oportunidad para revisar esta información antes de firmar este formulario. Doy mi consentimiento al Hospital, AMG y/o médico(s) que participa(n) en mis cuidados a revelar mi PHI (ya sea de modo escrito o verbal) para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Esto incluye toda información médica (incluyendo información de tratamientos de abuso de drogas y alcohol, información de tratamientos psiquiátricos e información relacionada con el VIH, incluyendo resultados de pruebas de detección de VIH (si procede), que puede ser necesaria para procesar pedidos de beneficios de seguro médico (o cuidados controlados) relativos a esta hospitalización (incluyendo verificación o certificación previa, de ser necesario) o que puede ser necesario para llevar a cabo una planificación de cuidados continuados.

AUTORIZACIÓN PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE

En caso de que alguna persona que participe en mis cuidados se vea expuesta accidentalmente a mi sangre o fluidos corporales, autorizo al Hospital a extraer mi sangre y hacer pruebas para detectar la presencia de patógenos de transmisión sanguínea como el Virus de Inmunodeficiencia Humana ("VIH"). Comprendo que si tales pruebas son necesarias, el Hospital o mi médico hará todos los esfuerzos responsables para notificarme. Doy mi consentimiento para la divulgación confidencial de los resultados de las pruebas al proveedor médico autorizado que trata a la persona que ha estado expuesta a mi sangre o fluidos corporales, de modo que se puedan tomar determinaciones sobre el tratamiento adecuado.

Al colocar mis iniciales aquí, me rehúso a somerme a pruebas para detectar VIH y rechazo la divulgación de mis resultados de pruebas de sangre.

OBJETOS DE VALOR

Comprendo que el Hospital recomienda que todas las pertenencias personales y objetos de valor sean enviados a casa con un miembro de la familia o un amigo. Asumo todo riesgo de pérdida o daño de pertenencias personales que yo conserve. El Hospital no reemplazará ni me reembolsará por pertenencias personales que se pierdan, rompan o sean robadas durante mi admisión.

SERVICIOS AMBULATORIOS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

Comprendo que estoy recibiendo cuidados, pruebas, procedimiento(s) o tratamiento que se considere un procedimiento ambulatorio en un entorno hospitalario. Como tal, puede haber requerimientos para deducibles y/o copagos distintos a los de una visita al consultorio médico. Comprendo que es mi responsabilidad comprender por completo los requerimientos de mi compañía de seguros o entidad de cuidados administrados y que soy responsable del pago o de cualquier copago, deducible y cargo que se requiera.

(Inicial) Comprendo que habrá dos componentes para mi factura: los servicios profesionales prestados por mi médico y las pruebas y/o procedimientos llevados a cabo por el Hospital.

FIRMA DE PACIENTE

Estoy firmando en nombre del paciente. Reconozco que firmar en nombre del paciente no es una aceptación de responsabilidad financiera que, de otro modo, no tendría para servicios prestados

Fecha Hora (am) (pm)

FIRMA DE LA PERSONA QUE FIRMA EN NOMBRE DEL PACIENTE

Fecha Hora (am) (pm)

NOMBRE EN LETRA IMPRENTA DE LA PERSONA QUE FIRMA EN NOMBRE DEL PACIENTE

Relación

EL PACIENTE NO PUEDE FIRMAR PORQUE:



Advanced Care Oncology & Hematology Associates, LLC

Springfield 385 Morris Avenue Springfield NJ 07081 • **West Orange** 741 Northfield Ave. Suite 203 West Orange, NJ 07052

Morristown Carol G. Simon Cancer Center / 100 Madison Avenue, Third Floor Morristown, NJ 07960

Hackettstown 657 Willow Grove St., Suite 303 Hackettstown, NJ 07840 • **Rockaway** 333 Mt. Hope Ave. Suite 303 Rockaway, NJ 07866

Practitioners Maithili Rao, MD / Ashish Khot, MD / Charlesse Pondt, MD / Joshua Strauss, MD / Ashish Shah, DO / Ved Desai DO /

Arunabh Sekhri, MD / Anita Sultan, MD / Matthew Stuart, MD / Se young Han, MD / Marlene Schmitz, APN / Kari Sierant, APN /

Joed LaChica, APN / Cherry Rudge, APN / Kimberly Koval, APN / Kathleen Escobia, APN / Jessica Surloff, PA / Daniella Greaves, PA

Phone: 973.379.2111 • Fax: 973.379.2807 • info@njacoha.com • www.njacoha.com

FORMULARIO DE INSCRIPCION PARA PACIENTES NUEVOS

INFORMACION PERSONAL

Nombre del Paciente _____ Mujer Hombre Fecha de Nacimineto ____/____/____
Last Name First Name M.I.

Numero de social _____ - _____ - _____ Estado Civil: Solo/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a

Origen Etnico: Hispano Non-Hispano Raza: Caucasio Afro-Americano Asian India Amricana Islas del Pacifico Otros

Idioma hablado en casa: _____

Direccion _____
Street City State Zip Code

Telefono de casa _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Metodo preferido de contacto: Home Cell Work Email

Pharmacia Local _____

Podemos dejar resultado de laboratorio o rayo-x en su contestador automatico Yes No

Phamacia _____

Correo electronica principal _____

Nos podemos comunicar con usted por correo electrónico para cuestiones de rutina y citas? Yes No

INFORMACION DE EMPLEO

Ocupacion _____

Podemos contactarlo/a en el trabajo? Si No

Nombre de Empleo: _____

Numero de Telefono: _____

Direccion _____
Street City Zip Code

Medico de atencion primaria: _____ Telefono: _____ Fax: _____

Direccion _____
Street City State Zip Code

Allergies to Medications: _____

No Known Allergies

CONTACTOS DE EMERGENCIA

1. Nombre _____ Relacion al Paciente _____
Telefono de casa: _____ Celular _____ Trabajo _____

2. Nombre _____ Relacion al Paciente _____
Telefono de casa: _____ Celular _____ Trabajo _____

He revisado toda la información previamente documentada en el formulario de registro y reconozco que es completa y precisa.

Firma: _____ Nombre: _____ Fecha: ____/____/20____



Advanced Care Oncology & Hematology Associates, LLC

Springfield 385 Morris Avenue Springfield NJ 07081 • **West Orange** 741 Northfield Ave. Suite 203 West Orange, NJ 07052

Morristown Carol G. Simon Cancer Center / 100 Madison Avenue, Third Floor Morristown, NJ 07960

Hackettstown 657 Willow Grove St., Suite 303 Hackettstown, NJ 07840 • **Rockaway** 333 Mt. Hope Ave. Suite 303 Rockaway, NJ 07866

Practitioners Maithili Rao, MD / Ashish Khot, MD / Charlesse Pondt, MD / Joshua Strauss, MD / Ashish Shah, DO / Ved Desai DO / Arunabh Sekhri, MD / Anita Sultan, MD / Matthew Stuart, MD / Se young Han, MD / Marlene Schmitz, APN / Kari Sierant, APN /

Joed LaChica, APN / Cherry Rudge, APN / Kimberly Koval, APN / Kathleen Escobia, APN / Jessica Surloff, PA / Daniella Greaves, PA

Phone: 973.379.2111 • Fax: 973.379.2807 • info@njacoha.com • www.njacoha.com

NOMBRE de SEGURO PRIMARO

Nombre de Seguro _____

Numero de Poliza ID# _____ Grupo # _____

Direccion: _____

Tomador de Seguro: _____

Fecha de Nacimiento del asegurado _____

Relacion al Paciente: _____

NOMBRE de SEGURO SECONDARIO

Nombre de Seguro _____

Numero de Poliza ID# _____ Grupo # _____

Direccion: _____

Tomador de Seguro: _____

Fecha de Nacimiento del asegurado _____

Relacion al Paciente: _____

INFORMACION de MEDICAMENTS RECETADOS

Cobertura de Medicaments Recetados: _____

ID# _____ Grupo # _____

RX BIN# _____ RX PCN# _____

Address: _____

Numero de Telefono: _____



Advanced Care Oncology & Hematology Associates, LLC

Springfield 385 Morris Avenue Springfield NJ 07081 • **West Orange** 741 Northfield Ave. Suite 203 West Orange, NJ 07052

Morristown Carol G. Simon Cancer Center / 100 Madison Avenue, Third Floor Morristown, NJ 07960

Hackettstown 657 Willow Grove St., Suite 303 Hackettstown, NJ 07840 • **Rockaway** 333 Mt. Hope Ave. Suite 303 Rockaway, NJ 07866

Practitioners Maithili Rao, MD / Ashish Khot, MD / Charlesse Pondt, MD / Joshua Strauss, MD / Ashish Shah, DO / Ved Desai DO / Arunabh Sekhri, MD / Anita Sultan, MD / Matthew Stuart, MD / Se young Han, MD / Marlene Schmitz, APN / Kari Sierant, APN / Joed LaChica, APN / Cherry Rudge, APN / Kimberly Koval, APN / Kathleen Escobia, APN / Jessica Surloff, PA / Daniella Greaves, PA

Phone: 973.379.2111 • Fax: 973.379.2807 • info@njacoha.com • www.njacoha.com

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE LA PRACTICA DE PRIVACIDAD

Entiendo que, de conformidad con la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico de 1998 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
- Obtenga pago de terceros pagadores.
- Llevar a cabo operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Reconozco que tengo su Aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud.

Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactar a esta organización en cualquier momento a la dirección arriba para obtener una copia actual del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que usted restrinja cómo se utiliza o divulga mi información privada para llevar a cabo el tratamiento y el pago de las operaciones de atención médica

También entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si acepta, entonces está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____

O Representante del Paciente: _____



Advanced Care Oncology & Hematology Associates, LLC

Springfield 385 Morris Avenue Springfield NJ 07081 • **West Orange** 741 Northfield Ave. Suite 203 West Orange, NJ 07052

Morristown Carol G. Simon Cancer Center / 100 Madison Avenue, Third Floor Morristown, NJ 07960

Hackettstown 657 Willow Grove St., Suite 303 Hackettstown, NJ 07840 • **Rockaway** 333 Mt. Hope Ave. Suite 303 Rockaway, NJ 07866

Practitioners Maithili Rao, MD / Ashish Khot, MD / Charlesse Pondt, MD / Joshua Strauss, MD / Ashish Shah, DO / Ved Desai DO / Arunabh Sekhri, MD / Anita Sultan, MD / Matthew Stuart, MD / Se young Han, MD / Marlene Schmitz, APN / Kari Sierant, APN / Joed LaChica, APN / Cherry Rudge, APN / Kimberly Koval, APN / Kathleen Escobia, APN / Jessica Surloff, PA / Daniella Greaves, PA
Phone: 973.379.2111 • Fax: 973.379.2807 • info@njacoha.com • www.njacoha.com

DIVULGACION DE INFORMACION FINANCIERA

1. A su llegada, firme en la recepción y presente su (s) tarjeta (s) de seguro y una forma adicional de identificación.
2. Es su responsabilidad comprender completamente su plan de beneficios. También es su responsabilidad saber si se requiere una referencia de seguro. Si se proporcionó información incorrecta que resulta en el impago de su reclamo, usted será responsable de los cargos.
3. Usted es responsable de todos los copagos de acuerdo con su plan de seguro en el momento del servicio. Cuando se procesan los reclamos, usted será responsable de cualquier coseguro / deducible por su compañía de seguros.
4. A los pacientes de cuidado de caridad se les cobrará una tarifa nominal por visitas a la oficina. Un paciente no asegurado hará arreglos con la oficina de facturación al momento del servicio.
5. Se pueden organizar planes de pago mensuales. Comuníquese con la oficina de facturación al 973-379-2111 para hablar sobre los arreglos de pago durante nuestro horario de atención: de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.

He leído y entiendo la política financiera anterior y acepto cumplir y aceptar la responsabilidad de cualquier pago vencido.

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma del Paciente: _____

Consentimiento del Paciente

Entiendo que los honorarios por los servicios prestados son pagaderos en el momento del servicio a menos que se hayan hecho arreglos previos o se requiera hospitalización. Aceptamos la asignación de Medicare y la mayoría de los planes de seguro. He leído y doy mi consentimiento para que los beneficios se paguen directamente a los médicos antes mencionados cuando se indique la asignación de por vida. Por la presente, autorizo la divulgación de información médica y de facturación a mi compañía de seguros.

Entiendo que cualquier saldo pendiente no cubierto o pagado por mi seguro será mi responsabilidad de pagar. Si mis cuentas son entregadas a un abogado o agencia de cobranza para obtener el pago, seré responsable de los honorarios del abogado. Costos de la corte y cualquier otro costo incurrido por la agencia de cobranza.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** ____ / ____ / 20____



Advanced Care Oncology & Hematology Associates, LLC

Springfield 385 Morris Avenue Springfield NJ 07081 • **West Orange** 741 Northfield Ave. Suite 203 West Orange, NJ 07052

Morristown Carol G. Simon Cancer Center / 100 Madison Avenue, Third Floor Morristown, NJ 07960

Hackettstown 657 Willow Grove St., Suite 303 Hackettstown, NJ 07840 • **Rockaway** 333 Mt. Hope Ave. Suite 303 Rockaway, NJ 07866

Practitioners Maithili Rao, MD / Ashish Khot, MD / Charlesse Pondt, MD / Joshua Strauss, MD / Ashish Shah, DO / Ved Desai DO /

Arunabh Sekhri, MD / Anita Sultan, MD / Matthew Stuart, MD / Se young Han, MD / Marlene Schmitz, APN / Kari Sierant, APN /

Joed LaChica, APN / Cherry Rudge, APN / Kimberly Koval, APN / Kathleen Escobia, APN / Jessica Surloff, PA / Daniella Greaves, PA

Phone: 973.379.2111 • Fax: 973.379.2807 • info@njacoha.com • www.njacoha.com

POLITICA DE CANCELACION DE CITAS

Nos esforzamos por ofrecer una excelente atención al paciente para usted y el resto de nuestros pacientes. En un intento de ser consecuentes con esto, tenemos una Política de Cancelación de Citas que nos permite programar citas para todos los pacientes. Cuando se programa una cita, ese tiempo se ha reservado para usted y cuando se olvida, ese momento no se puede utilizar para tratar a otro paciente.

NUESTRA POLÍTICA ES LA SIGUIENTE:

Le solicitamos que le avise a nuestra oficina con más de 24 horas de anticipación en el caso de que necesite reprogramar su cita. Esto permite que otros pacientes sean programados para esa cita. Si pierde una cita sin comunicarse con nuestra oficina dentro del tiempo requerido, esto se considera una cita perdida. Se le puede cobrar una tarifa de \$ 25.00; esta tarifa no se puede facturar a su compañía de seguros y será su responsabilidad directa.

Además, los procedimientos perdidos que no se cancelan con 24 horas de anticipación pueden estar sujetos a una tarifa de procesamiento de \$ 250.00.

Si tiene alguna pregunta sobre esta política, infórmeselo a nuestro personal y estaremos encantados de aclararle cualquier duda que tenga.

Te agradecemos por ser nuestro valioso paciente

He leído y entiendo la Política de cancelación de citas de la práctica y acepto cumplir con sus términos. También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados de vez en cuando por la práctica.

Nombre

Firma del Pacient / POA / Guardian

Fecha



Advanced Care Oncology & Hematology Associates, LLC

Springfield 385 Morris Avenue Springfield NJ 07081 • **West Orange** 741 Northfield Ave. Suite 203 West Orange, NJ 07052

Morristown Carol G. Simon Cancer Center / 100 Madison Avenue, Third Floor Morristown, NJ 07960

Hackettstown 657 Willow Grove St., Suite 303 Hackettstown, NJ 07840 • **Rockaway** 333 Mt. Hope Ave. Suite 303 Rockaway, NJ 07866

Practitioners Maithili Rao, MD / Ashish Khot, MD / Charlesse Pondt, MD / Joshua Strauss, MD / Ashish Shah, DO / Ved Desai DO /

Arunabh Sekhri, MD / Anita Sultan, MD / Matthew Stuart, MD / Se young Han, MD / Marlene Schmitz, APN / Kari Sierant, APN / Joed LaChica, APN / Cherry Rudge, APN / Kimberly Koval, APN / Kathleen Escobia, APN / Jessica Surloff, PA / Daniella Greaves, PA

Phone: 973.379.2111 • Fax: 973.379.2807 • info@njacoha.com • www.njacoha.com

Solicitud de Divulgacion de Registros Medicos

Firma del Paciente: _____

Fecha de Nacimineto ____/____/____

1. I authorize the use or disclosure of the above named individuals health information as described below.

2. The following individual(s) or organizations(s) are authorized to make the disclosure:

3. The type of information to be used or disclosed is as follows

(check the appropriate boxes and include other information where indicated)

Initial History and Physical

Pathology Report

All diagnostic imaging reports

Progress notes

3 Most recent lab reports

Chemotherapy / Treatment History

Other (please describe) _____

4. The information identified above may be used by or disclosed to the following individuals or organization(s):

Advanced Care Oncology and Hematology Associates, LLC

Practitioners Maithili Rao, MD / Ashish Khot, MD / Charlesse Pondt, MD / Joshua Strauss, MD / Ashish Shah, DO / Ved Desai DO /

Arunabh Sekhri, MD / Anita Sultan, MD / Matthew Stuart, MD / Se young Han, MD / Marlene Schmitz, APN / Kari Sierant, APN / Joed LaChica, APN / Cherry Rudge, APN / Kimberly Koval, APN / Kathleen Escobia, APN / Jessica Surloff, PA / Daniella Greaves, PA

Phone: 973.379.2111 • Fax: 973.379.2807 • info@njacoha.com • www.njacoha.com

5. I understand that I have a right to revoke this authorization at any time. I understand that if I revoke this authorization, I must do so in writing and present my written revocation to the health information management department. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. I understand that the revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy.

Firma del Paciente: _____ Date _____

If signed by legal representative, relationship to patient: _____ Date _____

Signature of witness: _____ Date _____