



Fax: 208.577.2893

412 S. King Ave., Ste 100 Middleton, ID 83644 Ph. 1-866-710-5779

EQUIPMENT COURIER / DME INFO	
NAME:	_____
CITY:	_____ ST: _____
PHONE: (____)	_____
FAX: (____)	_____

INFORMACIÓN DE PACIENTE

DETALLE DE ASEGURANZA

NOMBRE DE PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 TELÉFONO: (____) _____ Nº de SEGURIDAD SOCIAL: _____ GÉNERO: ___M ___F
 DIRECCIÓN: _____ CIUD/ EDO/ C.P.: _____

POR FAVOR INDIQUE EL TIPO DE SU ASEGURANZA PRIMARIA:

- MEDICARE MEDICARE NUMERO: _____ (O ADJUNTE COPIA DE SU TARJETA DE MEDICARE)
 MEDICAID MEDICAID NUMERO: _____ EDO: _____
 PRIVADO (FAVOR DE LLENAR LA SECCIÓN ABAJO)

FAVOR DE LLENAR INFORMACIÓN DE ASEGURANZA SECUNDARIA / PRIVADA, SI APLICA:

NOMBRE DE COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____ TELEFONO: (____) _____
 DIRECCIÓN: _____ CIUD/ EDO/ C.P.: _____
 Nº DE PÓLIZA: _____ Nº DE GRUPO: _____
 DUEÑO DE PÓLIZA: _____ PROPIO CÓNYUGE HIJO OTRO

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS / DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD - OBLIGATORIO

Rev. 5

Yo, el abajo firmante, por la siguiente, autorizo que el pago sea hecho en mi nombre a AAA Medical Solutions, Inc., por los beneficios de seguros autorizados, incluyendo Medicare, si soy un beneficiario de Medicare. Entiendo que soy responsable financieramente a AAA Medical Solutions, Inc., de los gastos no cubiertos por los beneficios de atención de la salud. Un cargo por financiamiento mensual del 1% (12% anual) se impondrá a cualquier cantidad sobresaliente de más de 30 días de edad, además de una tarifa de \$ 5 para re-facturación. La cuota de facturación se añadirá a la cantidad pendiente desde el mes anterior.

Es mi responsabilidad de notificar a la organización de cualquier cambio en mi cobertura de atención médica. En algunos casos los beneficios exactos de seguros no pueden determinarse hasta que la compañía de seguros reciba la reclamación. Yo soy responsable de toda la factura o el saldo de la cuenta según lo determinado por AAA Medical Solutions, Inc., y / o mi compañía de seguros de salud si las reclamaciones presentadas o cualquier parte de ellas se les niegan el pago. Entiendo que hay una cantidad mínima de facturación de \$10 a cualquier compañía aseguradora y si el saldo pendiente es de menos de \$10, la factura será enviada a mí directamente. Entiendo que al firmar este documento, estoy aceptando estos términos y la responsabilidad financiera como se explicó anteriormente para todo el pago de productos y / o servicios recibidos. **La tarifa máxima para cada prueba efectuada es \$ 49.00.**

Yo, el abajo firmante, certifico que soy el destinatario de la unidad de pruebas de oximetría y que la prueba de hecho se realizó en mí en las fechas y horas especificadas a continuación durante la noche y/o mientras que yo estuve durmiendo. Además, certifico que no he, y que sepa yo, ni el mensajero de esta prueba, ha manipulado o alterado esta prueba en forma alguna y que será descargada en su forma original.

Yo, el abajo firmante, autorizo a AAA Medical Solutions, Inc., para utilizar y revelar mi información de salud con el propósito de tratamiento, obtener el pago o apoyar las operaciones de atención de salud de mi médico que hizo el pedido. También autorizo a AAA Medical Solutions, Inc., para utilizar la fax con la divulgación confidencial de los resultados de mi pedido a mi médico y al proveedor de DME enumerados anteriormente. (Nota: Usted nos puede llamar usando el número anterior si desea revisar nuestro Aviso de Prácticas

FIRMA DE PACIENTE:

X

FECHA: _____

Si firmando por el paciente, favor de indicar su relación al paciente _____

Tipo de Exámen:	Inicio de Exámen:	Fin de Exámen:
<input type="checkbox"/> Aire común <input type="checkbox"/> O ² LPM _____ <input type="checkbox"/> CPAP / BIPAP	Fecha: _____ Hora: _____	Fecha: _____ Hora: _____

REGISTRO DE ACTIVIDADES:

HORA	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
____ : ____ AM / PM	_____
____ : ____ AM / PM	_____
____ : ____ AM / PM	_____

PLEASE PROVIDE FULL REPORT