

REGISTRO DE PACIENTE

****Favor de revisar y hacer correcciones a la información siguiente donde sea necesario.****

REGISTRO DE PACIENTE

| | | | | | |
|--------------------|--------------|-------------------------|---------------------|------------------------|-------|
| PACIENTE NOMBRE | _____ | FECHE DE NACIMIENTO | _____ | EDAD | _____ |
| DIRECCIÓN | _____ | | | TELÉFONO RESIDENCIAL # | _____ |
| CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | MÓVIL _____ | | |
| NOMBRE DE EMPRESA: | _____ | | | TRABAJO TELÉFONO # | _____ |
| EMPRESA DIRECCIÓN | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL _____ | | |
| EMAIL DE PACIENTE | ESTADO CIVIL | NÚMERO DE SUGURO SOCIAL | _____ | | |

INFORMACIÓN DE GÉNERO

| | | | | |
|--------|---------------------|-----------|-------------------|--------------------------|
| GÉNERO | IDENTIDAD DE GÉNERO | PRONOMBRE | EXCITACIÓN SEXUAL | GÉNERO ASIGNADO AL NACER |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

INFORMACIÓN DE GARANTE

| | | | |
|-----------|--------|---------------------|------------------|
| NOMBRE | _____ | FECHE DE NACIMIENTO | _____ |
| DIRECCIÓN | _____ | | TELÉFONO # _____ |
| CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL _____ | |

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO PRIMARIO

| | | | |
|-----------------------------------|---|---------------------------------|------------|
| AUTOPAGO | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | GRUPO # | _____ |
| I. NOMBRE DEL PLAN DE SEGURO | _____ | | ID # _____ |
| NOMBRE DE ASEGURADO | FECHE DE NACIMIENTO | NÚMERO DE SUGURO SOCIAL # _____ | |
| DIRECCIÓN | _____ | | |
| RELACIÓN DE PACIENTE AL ASEGURADO | _____ | | |
| NOMBRE DE EMPRESA | _____ | | |

II. INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO SECUNDARIO

| | | | | | |
|------------------------------|-------|---------------------|-------|---------------------------|-------|
| NOMBRE DEL PLAN DE SEGURO | _____ | FECHE DE NACIMIENTO | _____ | NÚMERO DE SUGURO SOCIAL # | _____ |
| SECUNDARIO NOMBRE DE EMPRESA | _____ | | | | |

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

| | | | |
|--|--|-------------------------------|-------|
| EN CASO DE EMERGENCIA, POR FAVOR NOTIFIQUE | _____ | RELACIÓN | _____ |
| TELÉFONO # | _____ | TELÉFONO CONTACTO EMERGENCIA: | _____ |
| INSURANCE CARD COPIED | <input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO | | |

Tengo verificado que la información anterior es correcta, incluida toda la ortografía de los nombres, la información de contacto y la información de seguro / facturación

Otra Información

Referido por: _____

Médico de Atención Primaria: _____

¿Tiene una directiva anticipada? Si No

¿Tiene un poder notarial médico? Si No

Si por alguna razón, incluyendo los resultados de la prueba (normal o anormal), Como prefiere ser contactado por nuestra oficina??

- Telefono de casa Celular No dejar mensaje Dejar mensaje

Información de Farmacia:

Farmacia nombre: _____

Farmacia Intersección (de calles): _____

Laboratorio : _____

Instalación de imágenes : _____

No-show ,Cancelación & Política de Llegada Tardía

Cada vez que se pierden citas sin una llamada de cancelación (no-show) dentro de un período de 12 meses, la siguiente política entra en vigencia: La primera no presentación no tendrá consecuencias. La segunda no presentación dará como resultado una carta a la dirección del paciente detallando las citas de no presentación perdidas y un recordatorio de nuestra política de no presentación. Una tercera ausencia resultará en que el paciente pierda la capacidad de hacer cualquier cita programada. Todas las citas tendrán que hacerse sin cita previa. Las citas sin cita previa se dan según la disponibilidad de los proveedores, y no hay garantía de que su proveedor preferido lo vea o de manera inmediata.

Los pacientes serán considerados para el alta de BIG BEND HOSPITAL (RHC MCR & MCD & TRI) después de 3 no- shows dentro de los 6 meses consecutivos. Con el fin de mantener la clínica funcionando sin problemas y minimizar los tiempos de espera para los pacientes, una política tardía entrará en vigencia para cualquier paciente que llegue más de 15 minutos después de la hora de su cita. Se le trabajará (visto entre otras citas) tan pronto como sea posible, con los pacientes a tiempo teniendo prioridad. Si llega después de las 5 pm o 30 minutos tarde o más, se le reprogramará para otro día o con otro proveedor según la disponibilidad. No se pueden garantizar citas inmediatas, incluso con otro proveedor .

Asignación de información sobre Salud protegida

Doy mi permiso para discutir VERBALMENTE la siguiente información médica sobre mí (check all that apply):

- Información médica (síntomas, diagnóstico, medicamentos y planes de tratamiento)
- Resultados de laboratorio y pruebas
- Facturación
- Citas
- Otro (describir) _____

Entiendo que tengo derecho a revocar mi permiso en cualquier momento, excepto cuando la práctica médica ya haya hecho divulgaciones en función de esta solicitud. Entiendo que debo notificar a la práctica médica por escrito si deseo revocar mi permiso. La práctica médica tiene mi permiso para discutir la información anterior con lo siguiente:

No divulgar información a nadie

Persona Designada/ Relación: _____

Persona Designada/ Relación: _____

Persona Designada/ Relación: _____

Fecha de vencimiento o evento : _____

Por la presente reconozco que he leído y acepto las políticas y avisos anteriores como un paciente

| | | |
|--|---------------|------|
| Firma del paciente o representante legal fue utilizado | Fecha | Hora |
| Relacion Con Paciente | Interprete si | |
| Firma del Testigo | | |

CONSENTIMIENTO

1. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO/PROMESA DE PAGO:

Por la presente, asigno y autorizo el pago directamente al Centro, y a cualquier médico del centro, todos los beneficios de seguro, beneficios por enfermedad, beneficios por lesiones debidos debido a la responsabilidad de un tercero, o el producto de todos los reclamos resultantes de la responsabilidad de un tercero, pagaderos por cualquier parte, organización, etc., para o para el paciente a menos que la cuenta de este Centro o la serie de visitas ambulatorias se paguen en su totalidad en el momento del alta o al final de la serie de visitas ambulatorias. Si es elegible para Medicare, solicito servicios y beneficios de Medicare, además acepto que esta asignación no se retirará ni anulará en ningún momento hasta que la cuenta se pague en su totalidad. Entiendo que soy responsable de cualquier cargo no cubierto por mi compañía de seguros.

Entiendo que estoy obligado a pagar la cuenta del Fondo de acuerdo con las tarifas y términos regulares del Fondo. Si no hago el pago a su vencimiento y la cuenta se vuelve morosa o se entrega a una agencia de cobro o a un abogado para el cobro. Estoy de acuerdo en pagar todos los honorarios de la agencia de cobro, los costos judiciales y los honorarios de abogados. También acepto que cualquier pago excesivo de paciente o garante en la visita al Centro anterior puede aplicarse directamente a cualquier cuenta morosa de la cual yo o mi garante sea legalmente responsable en el momento del cobro del sobrepago. Doy mi consentimiento para que la instalación apele en mi nombre cualquier denegación de reembolso, cobertura o pago por los servicios o la atención que se me brinda. Entiendo que es mi responsabilidad presentar una identificación válida y tarjetas de seguro actuales en cada visita al consultorio e informar a la oficina de los cambios en el seguro.

Si mi seguro requiere un copago, entiendo que debe pagarse en el momento del servicio. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios, deducibles y/o coseguros no cubiertos.

Si mi seguro requiere una referencia, entiendo que es mi responsabilidad obtenerla y que debe recibirse antes del tratamiento para calificar para los máximos beneficios de mi compañía de seguro.

2. CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA (PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA):

He sido consciente y entiendo que la práctica médica y las oficinas pueden usar sistemas de recetas electrónicas que permiten que las recetas y la información relacionada se envíen electrónicamente entre mis proveedores y mi farmacia. He sido informado y entiendo que mis proveedores que usan el sistema electrónico podrán ver información sobre los medicamentos que ya estoy tomando, incluidos los recetados por otros proveedores. Doy mi consentimiento a mis proveedores para ver esta información médica protegida.

3. AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

Requerido de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), reconozco que he recibido una copia del Aviso de Práctica de Privacidad del Centro. Por la presente, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica protegida como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad. Esto incluirá toda mi información de salud protegida generada durante la hospitalización y el tratamiento ambulatorio en el Centro, incluidos, entre otros, el tratamiento para la salud mental, el abuso de drogas y alcohol, enfermedades transmisibles como el HIV/AIDS, discapacidades del desarrollo, pruebas genéticas y otros tipos de tratamiento recibido..

4. CONSENTIMIENTO GENERAL PARA PRUEBAS, TRATAMIENTOS Y SERVICIOS:

Estoy de acuerdo y entiendo que todos los médicos (incluidos los becarios, residentes, asistentes médicos, enfermeras practicantes y pasantes) involucrados en mi caso de alguna manera son responsables de sus propios actos y omisiones, y la instalación / práctica no es responsable de los actos u omisiones de lo mencionado anteriormente. Los servicios pueden ser prestados por contratistas independientes que no son empleados de la Instalación. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y además entiendo que no se ha garantizado ni se puede garantizar los resultados de los tratamientos, la atención o los exámenes en el Centro. He sido informado del tratamiento considerado necesario para mí que los tratamientos serán dirigidos por un médico y pueden ser realizados por dicho médico y / o uno o más médicos, becarios, residentes, pasantes y empleados de la Instalación. Entiendo que uno o más de los médicos, becarios, residentes y / o pasantes en el Centro pueden tratarme o participar en mi tratamiento.

Entiendo que no se ha hecho ninguna garantía o seguridad con respecto a (1) qué médicos y / o becarios, residentes o pasantes me tratarán o participarán en mi tratamiento y / o (2) los resultados que se pueden obtener del tratamiento.

5. CONSENTIMIENTO PARA FOTO / VIDEO:

Doy mi consentimiento para fotografiar o grabar en video, incluidas las partes apropiadas de mi cuerpo, para fines de documentación de registros médicos y médicos, siempre que dichas fotografías o cintas de video se mantengan y publiquen con regulaciones de información de salud protegidas..

_____ (iniciales del paciente)

6. CONSENTIMIENTO PARA FOTOGAFIAR EN EL MOMENTO DEL REGISTRO:

Si No Ni yo, ni mi representante legal autorizado, doy su consentimiento a la práctica médica para tomar mi fotografía en el momento del registro. Entiendo que esta fotografía se almacenará en el registro médico ambulatorio de la práctica médica electrónicamente como mi identificación con foto

7. CORREO ELECTRÓNICO DEL PORTAL:

Si No Doy mi consentimiento para participar en el Portal del Paciente de la instalación y entiendo que mi salud personal y mi información de identificación individual están disponibles para mí en el portal. Entiendo que puedo ver los resultados de mis pruebas y enviar mensajes a mi proveedor. Entiendo que podré cambiar mi preferencia en cualquier momento. Correo electrónico: _____

8. SERVICIOS DE IMAGEN:

Marque esta casilla para permitir que los servicios de imágenes de la instalación compartan sus imágenes con instalaciones afiliadas. Cuando se solicite para continuar el tratamiento médico. .

9. TELÉFONOS CELULARES:

Si No por la presente doy mi consentimiento para proporcionar mi(s) número(s) de teléfono, incluyendo mi(s) número(s) de teléfono inalámbrico(s), para que los representantes del Fondo, sus sucesores o cesionarios puedan comunicarse conmigo de cualquier manera, incluyendo, pero no limitado a, haciendo una llamada manual, utilizando un sistema de marcación telefónica automática o una voz artificial o pregrabada enviando mensajes de texto o correos electrónicos con respecto a cualquier asunto, incluyendo pero no limitado a mi tratamiento médico, recetas, elegibilidad de seguro, cobertura de seguro, horario, facturación o asuntos de cobro. Este consentimiento incluye cualquier información de contacto actualizada o adicional que pueda proporcionar. Entiendo que podré cambiar mi preferencia en cualquier momento.

| | | |
|--|---------------|------|
| Firma del paciente o representante legal fue utilizado | Fecha | Hora |
| Relacion Con Paciente | Interprete si | |
| Firma del Testigo | | |