



Registración / Autorización / Forma de Consentimiento

Información Demográfica

Nombre y Número Telefónico de Farmacia: _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____

Seguro Social# _____ Correo Electronico: _____

Raza Indio Americano/ Nativo de Alaska Asiático Afroamericano
 Hawaiano Nativo Caucásicos No Denunciado

Etnicidad Latino/Hispanico No Latino/Hispanico No Denunciado

Idioma Primario _____

Estado Civil Soletro(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Numero de Teléfono: De casa _____ De trabajo _____ Celular _____

Modo Preferido de Contacto Telefónico Casa Trabajo Celular Correo Electronico

¿Donde le podemos contactar con resultados anormales? Casa Celular Trabajo

Modo Preferido De Contacto Patient Portal Texto Teléfono Correo

Empleador _____ Profesión _____

Dirección de Empleador _____ Número Telefónico _____

Información de Asegurancia Médica

Compañía de Asegurancia Primaria _____

Número de Póliza _____ Número de Grupo _____

Suscriptor de Asegurancia _____

Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____

Compañía de Asegurancia Secundaria _____

Número de Póliza _____ Número de Grupo _____

Suscriptor de Asegurancia _____

Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____

¿Está trabajando actualmente? Sí No

¿Está cubierto por una póliza de empleador o de unión? Sí No

¿Es esta visita es con respecto a un caso de compensación o accidente de auto? No Sí – Compensación Yes - Accidente de auto

Compañía de compensacion _____

Número de Demanda _____ Ajustador _____ Teléfono _____

Advanced Directives

¿Tiene un Poder Notarial (Power of Attorney) o una directiva médica (Advanced Directive) firmada? Sí No

En caso afirmativo, designado tomador de decisiones sustituto (nombre) _____

¿Tiene un testamento en vida? Sí No

Legalmente Responsable Adulto/Tutor/Proxy de Salud (si corresponde):

Nombre: _____ Relación: _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Numero de Teléfono: De casa _____ Celular _____

Referido Por

¿Cómo supo de nosotros? Médico/Proveedor de Referencia _____

Hospital _____

Familiar/Amigo _____

Sitio Web Búsqueda en Internet Compañía de Aseguranza

Anuncio Comercial _____

Otro (Por favor, especifica) _____

Médico de Cabecera y Número Telefónico: _____

Consentimiento de Comunicación

Aviso de práctica de privacidad de la HIPAA: Certifico que se me ha puesto a mi disposición una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. Para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, por favor complete el siguiente consentimiento de comunicación.

CONTACTO DE EMERGENCIA: La práctica no divulgará información confidencial por teléfono residencial, contestador automático, teléfono de trabajo, correo de voz o teléfono celular a menos que se autorice a continuación. La designación de un contacto de emergencia no se considera autorización para divulgar información confidencial. La información confidencial no se dejará con una persona no autorizada que pueda contestar el teléfono. **¿Con quién podemos contactar en caso de emergencia?**

Nombre: _____ Número Telefónico: _____

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION PRIVADA DE SALUD (PHI): Autorizo a la práctica a ponerse en contacto conmigo y/o a la(s) persona(s) autorizada(s) designada(s) a continuación y transmitir información médica privada y confidencial. Asumo la responsabilidad de notificar a la práctica cada vez que esta información cambia. Estoy autorizando que un mensaje detallado, incluyendo información que pueda ser interpretada como PHI, se quede con la persona que se enumera a continuación.

Por favor, indique el nombre/relación de otras personas autorizadas para recibir información sobre su atención:

Nombre: _____ Relación: _____ Número Telefónico: _____

Consentimiento General Para el Tratamiento Medico

Por lo presente autorizo a los proveedores de atención médica de la práctica y a su personal, a realizar y por la presente consiente dicho tratamiento médico que considere necesario, incluyendo procedimientos de diagnóstico, exámenes médicos y tratamiento que, en su opinión, pueden ser médicamente necesarios. Doy mi consentimiento para la prueba de enfermedades infecciosas, incluyendo pero no limitado a, sífilis, VIH, hepatitis y pruebas de medicamentos si lo considera aconsejable/recomendado por mi proveedor de atención médica.

Entiendo que tengo el derecho de optar por no participar o rechazar cualquier procedimiento de diagnóstico específico, exámenes médicos, opciones de tratamiento y pruebas, incluyendo la detección del VIH en cualquier momento. Entiendo que se requiere una certificación escrita para optar por no hacer la detección del VIH en el momento en que se recomienda realizar pruebas.

Certifico que soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y reconozco que no se ha garantizado el resultado de ningún procedimiento, tratamiento o examen.

Entiendo que mi información médica confidencial será revelada con fines de tratamiento, pago y/o operaciones de práctica, de conformidad con las regulaciones de la HIPAA establecidas por la Oficina de Derechos Civiles (OCR).

Autorización de Pago y Estado Financiero

Autorizo la asignación de beneficios de seguro a Providea Health Partners, LLC y entiendo y reconozco que **soy responsable del pago de todos los artículos y servicios que me proporciona la práctica, independientemente de los beneficios de seguro o la información proporcionada a por la práctica. También entiendo que es mi responsabilidad ponerme en contacto con mi compañía de seguros para verificar los beneficios y la cobertura.** Reconozco que mi cuenta debe mantenerse actualizada y que los saldos vencidos vencen antes de mi próxima visita. El no pagar los saldos pendientes puede resultar en la reprogramación de una cita. Los copagos y deducibles se cobrarán en el momento en que se presten los servicios. En caso de impago, entiendo que soy responsable de la recaudación, abogado, y cualquier costo de la corte. Todas las cuentas con saldos de más de \$10.00 deben hacer arreglos de pago antes de programar citas futuras.

Certifico que la información anterior proporcionada por mí es correcta. Acepto notificar la práctica de: (1) un cambio en mi dirección, garante o estado de seguro; (2) mi ingreso a un hospital o centro de enfermería especializada; (3) cualquier cambio en mi capacidad de pagar por los artículos y servicios que me proporciona la práctica o cualquier cambio que tenga efectos en el reembolso de estos artículos y servicios a terceros. Entiendo que al firmar este documento, soy financieramente responsable de esta cuenta.

Póliza de No-Show

Entendemos que hay ocasiones en las que debe perderse una cita debido a emergencias u obligaciones para el trabajo o la familia. Sin embargo, cuando no llamas para cancelar una consulta, es posible que estés impidiendo que otro paciente reciba el tratamiento que tanto se necesita. Por el contrario, la situación puede surgir cuando otro paciente no cancela y no podemos programar para una visita, debido a un libro de citas aparentemente "completo". A discreción de la práctica, si una cita no se cancela al menos 24 horas de anticipación, se le cobrará una tarifa; esto no será cubierto por su compañía de seguros. La tarifa por no presentarse variará dependiendo del tipo de cita perdida.

AFFIRMATION:

Este consentimiento y asignación de beneficios permanecerán en vigor hasta que se revoque por escrito. Se considera que una fotocopia de este consentimiento y la cesión de beneficios es la misma que la original.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entiendo y acepto la información detallada en el Consentimiento de Comunicación, Autorización de Pago e Estado Financiero, Consentimiento General para el Tratamiento y Póliza de No Show.

Firma de paciente
(Si es menor, Firma de la Parte Responsable)

Fecha