

Formulario de Registro

Medical Record # _____

Formulario debe ser completado en su totalidad

Apellido		Nombre		MI	Fecha de nacimiento	Sexo M / F	Nombre de soltera
Dirección / Domicilio postal				Ciudad		Estado	Código postal
Teléfono de casa ()		Teléfono del trabajo ()		Teléfono móvil ()		Número de Seguro Social	
Dirección de correo electrónico				Empleador		Médico de atención primaria	
Estado civil Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Div <input type="checkbox"/> Sep. <input type="checkbox"/>		Nombre del cónyuge			Fecha de Nacimiento del Conyuge		
En caso de emergencia notifique		Relación	Número de teléfono	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
¿Usted o algún miembro de su familia inmediata sido examinado aquí antes?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indique el nombre	¿Ha estado en la clínica con un nombre diferente?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indique el nombre	
Lenguaje primario (seleccione uno)							
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros - Por favor lista _____							
Etnicidad		Raza					
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino		<input type="checkbox"/> Blano <input type="checkbox"/> Negro o afro-americana <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Hispano					
Parte responsable de los hogares (Si es diferente del indicado)							
Apellido		Nombre		MI	Numero de Seguro Social		Relación con el paciente
Número de teléfono		Fecha de nacimiento	Dirección / Domicilio postal		Ciudad		Estado Código postal
Ocupación		Empleador		Dirección		Teléfono	

INFORMACIÓN DEL SEGURO
Seguro Primario _____ ID# _____ Grupo # _____

Nombre del titular de la póliza y fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____

Empleador: _____ Fecha de vigencia: _____

Seguro Secundario _____ ID# _____ Grupo # _____

Nombre del titular de la póliza y fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____

Empleador: _____ Fecha de vigencia: _____

Seguro Tercoario _____ ID# _____ Grupo # _____

Nombre del titular de la póliza y fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____

Empleador: _____ Fecha de vigencia: _____

(POR FAVOR, PRESENTE TODOS LAS TARJETAS DE SEGURO E IDENTIFICACIÓN CON FOTO A LA RECEPCIONISTA)

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Autorizo el tratamiento y estoy de acuerdo en pagar todos los costos asociados con dicho tratamiento. Autorizo a mis beneficios de seguro a pagar directamente a mi médico. Autorizo a mi médico para liberar toda la información necesaria para procesar mi reclamo.

AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD - RECONOCIMIENTO

Estamos obligados por ley a proteger la privacidad de su información de atención médica , ofrecer una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad , ya seguir las directrices que se describen en este aviso. Su firma reconoce que le han ofrecido este aviso. Si desea recibir una copia de su información de atención médica puede hacerlo poniéndose en contacto con nuestro Departamento de registros médicos o nuestro Oficial de Seguridad . De vez en cuando podemos enviarle información sobre productos o servicios que creemos que pueden ser beneficiosos para usted . Puede ponerse en contacto con nuestro Oficial de Seguridad para solicitar que estos materiales no serán enviados a usted.

POLÍTICA FINANCIERA

Nuestra oficina está comprometida a proporcionar la calidad y la atención sanitaria rentable para nuestros pacientes. En el entorno de seguro de hoy es esencial que entender qué servicios y los procedimientos están cubiertos por su plan de seguro y obtener todas las autorizaciones necesarias o referencias antes de su cita con nosotros. Es su responsabilidad de entender los límites y restricciones que afectan a la cobertura de los servicios prestados por nuestra especialidad. Si su compañía de seguros requiere el uso de un laboratorio específico, es su responsabilidad notificarnos de ello. Reembolso de los seguros es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Como cortesía a que vamos a presentar todas las reclamaciones de primaria y secundaria para usted. Vamos a exigir una copia actualizada de su tarjeta de seguro con el fin de hacer esto y tendrán que ser informados de cualquier cambio en el estado del seguro. Usted será responsable de todos los co-pagos, deducibles y co-seguros cantidades no cubiertas por una póliza de seguro secundario junto con toda la cantidad de cualquier servicio no cubierto. Apreciamos el pago por los servicios en el momento en que se prestan. Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheques personales, Visa, MasterCard y. Estoy de acuerdo que soy financieramente responsable de todos los servicios prestados y el caso de que sea necesario hacer referencia a la cuenta de colecciones seré responsable de todas las tarifas de cobro, los costes de recogida, honorarios de abogados y costas judiciales implicados con mi cuenta. Yo entiendo que el interés del 1% mensual compuesto anualmente se añadirá a todos los saldos pendientes de pago más de 90 días. Yo entiendo que soy responsable de mis cargos cónyuge / dependientes.

X FIRME: _____ **FECHA:** _____

EL CUIDADO PREVENTIVO

Su plan de seguro de salud no puede proporcionar cobertura para servicios preventivos. Es importante que se ponga en contacto con su proveedor de seguros para determinar si su plan ofrece beneficios para este servicio y cuáles son sus directrices de programación están por ello. Utilizamos los códigos y directrices estándar de la industria para presentar reclamaciones a las compañías de seguros basados en el encuentro programado y documentación en el expediente médico del paciente. Las leyes vigentes en relación con el fraude y el abuso de los procedimientos de facturación nos prohíben el cambio de los códigos de procedimiento y / o códigos de diagnóstico con el fin de obtener la reclamación pagada por la compañía de seguros.

Para proteger el equipo de atención médica que se puede accidentalmente ser expuesto a mis sangre o fluidos corporales, consiento han probado mi sangre por enfermedades transmisibles (por ejemplo, virus de la hepatitis, el VIH (SIDA), otros). Si esta prueba es necesario que se llevará a cabo sin costo alguno. Su médico le informará si esto fuera necesario.

X FIRME: _____ **FECHA:** _____

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA (OPCIONAL)

Es posible compartir la siguiente información sobre el cuidado de la salud con:

Nombre: _____ Relacion: _____

Por favor marque lo que corresponda:

- Toda la información de atención médica en mi expediente medico . Seguros e información de facturación
 Cuidado de la salud información en mi expediente médico en relación con el tratamiento siguiente: _____
 Otros (citas, resultados de pruebas, etc.) _____

Esta autorización termina:

- En 1 año desde la fecha de la firma En el momento de revocación por escrito.

X FIRME: _____ **FECHA:** _____

