

Hoy es: ___/___/___

FORMA DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE					
Nombre del Paciente		Apellido		Primer	Segundo
				<input type="checkbox"/> Sr.	<input type="checkbox"/> Sra.
				<input type="checkbox"/> Srta.	Estado Civil (círculo) Soltero/Casado/Divorciado/Separado/ Viudo
¿Es éste su nombre legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		Si no lo es, ¿cuál es su nombre legal?		Fecha de Nacimiento / /	Edad Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T
Dirección de su Casa			Ciudad	Estado	Código Pos.
					Teléfono de la Casa ()
Número del Teléfono Celular ()		Dirección de Correo Electrónico (Se usará para recordarle las citas)			Seguro Social - -
Ocupación		Empleador		Teléfono del Empleador	
Tipo de Empleo: <input type="checkbox"/> 1 – Tiempo Completo <input type="checkbox"/> 2 – Tiempo Medio <input type="checkbox"/> 3 – No Trabaja <input type="checkbox"/> 4 – Trabaja por su Cuenta <input type="checkbox"/> 5 – Retirado <input type="checkbox"/> 6 – Militar Activo Tipo de estudiante: <input type="checkbox"/> F – Tiempo Completo <input type="checkbox"/> P – Tiempo Medio <input type="checkbox"/> N – No es Estudiante					
Raza: <input type="checkbox"/> Indígena de EE.UU./Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se Negó a Responder					
Minoría Étnica: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No es Ni Hispano Ni Latíno <input type="checkbox"/> Se negó a Responder					
Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro _____					
Farmacia:			¿Tiene usted testamento vital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		
¿Quién lo Refirió? (Favor de Marcar una Casilla)					
<input type="checkbox"/> Dr. _____ <input type="checkbox"/> Aseguranza <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Directorio Telefónico <input type="checkbox"/> Otro _____					
Otros Familiares que Se Han Atendido Aquí					
Nombre de Su Médico Primario o de Cabecera:			Número Telefónico:		
INFORMACIÓN SOBRE EL RESPONSABLE DEL PAGO (Información usada para estados de cuenta del paciente)					
Responsable: <input type="checkbox"/> Otro Paciente <input type="checkbox"/> Persona que Garantiza el Pago <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Marque aquí si la información es la misma que la del paciente					
Nombre		Dirección		Teléfono de la Casa	
Fecha de Nacimiento / /		Dirección de Correo Electrónico		()	
Ocupación		Empleador		Teléfono del Empleador	
				()	
INFORMACIÓN SOBRE LA ASEGURANZA (cuando llegue, entregue su tarjeta del seguro en el mostrador)					
¿A Qué Se Debe Esta Visita? <input type="checkbox"/> SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES DEL TRABAJO (WC, por sus siglas en inglés)					
<input type="checkbox"/> MEDICINA OCUPACIONAL (OM, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> ACCIDENTE EN VEHÍCULO (MVA, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> FECHA DEL ACCIDENTE					
¿Tiene el paciente seguro médico? <input type="checkbox"/> S Í <input type="checkbox"/> NO					
Nombre del Asegurado:		No. de Seguro Social:	Fecha de Naci.	Seguro Desde	Identif. de Grupo
		- -	/ /	/ /	
Relación o Parentesco del Paciente con el Asegurado <input type="checkbox"/> Misma Persona <input type="checkbox"/> Esposo o Esposa <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otra _____					
Nombre de la Aseguración Secundaria		Nombre del Asegurado	Fecha de Naci.	Identif. de Grupo	Identif. del Suscriptor (No. de Póliza)
Relación o Parentesco del Paciente con el Asegurado <input type="checkbox"/> Misma Persona <input type="checkbox"/> Esposo o Esposa <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otra _____					
EN CASO DE UNA EMERGENCIA, COMUNÍQUENSE CON:					
Nombre (Apellido, Primero)		Relac. o Parentesco con el Paciente	Teléfono de la Casa	Otro Teléfono	
			()	()	

Estoy de acuerdo en que, a mi saber, la información que se da en esta forma es exacta y está al día. Doy permiso para recibir mensajes de texto y/o correos electrónicos enviados por el Centro a cualquier número de celular y/o dirección de correo electrónico que se ha dado aquí; se podrán enviar recordatorios de citas, cuentas, recibos de pago o materiales de mercadotecnia. Comprendo que la atención del paciente la dirige su médico y doy permiso para que se me presten los servicios que sean los adecuados para atenderme según los ordene(n) mi(s) médico(s).

Firma del Paciente/Tutor

Fecha

DLP Central Carolina Physician Practices

AVISO DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

En nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad se da información acerca de cómo pudiéramos usar y dar a conocer la información protegida sobre su salud (PHI, por sus siglas en inglés). En la Notificación está la sección llamada "Derechos del paciente" en que se describen cuáles son los derechos que le da a usted la ley. Usted tiene el derecho de examinar nuestra Notificación antes de firmar este aviso de recibo. Los términos de nuestra Notificación podrán cambiarse; si cambiamos nuestra notificación, puede pedir la copia con los cambios comunicándose con nuestro consultorio, o usted recibirá la notificación nueva la próxima vez que se atienda en nuestro consultorio.

El consultorio le entrega este formulario en cumplimiento con la Ley de Transferabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés).

El paciente comprende lo siguiente:

- Que en el consultorio está la Notificación de Prácticas de Privacidad y que el paciente tiene la oportunidad de examinar esta notificación.
- Que la información protegida sobre la salud se puede dar a conocer o usar para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.
- Que el consultorio se reserva el derecho de cambiar la notificación de prácticas de privacidad.

Recibí la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Nombre del paciente o representante, en letra de molde

Firma

Fecha

Relación o parentesco con el paciente (si la persona no es el paciente)

Marque aquí, si el paciente se negó a llevarse una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad

Señale el motivo por el cual se negó, si se conoce:

Testigo _____

Nombre, en letra de molde - Representante del consultorio

Testigo _____

Firma

Fecha

POLÍTICA ECONÓMICA

Gracias por seleccionarnos para que seamos su centro de atención médica. Nuestra Política Económica aparece a continuación. Nuestra preocupación principal es que usted reciba el tratamiento adecuado y óptimo que necesita para restablecerle y preservarle la salud. Por tal motivo, si desea hacer alguna pregunta o lo preocupa algo acerca de nuestras políticas de pago, tenga la amabilidad de no tener ninguna duda en preguntárselo a nuestros empleados.

1. La reclamación se presentará ante su aseguranza como una fina cortesía de nosotros hacia usted; sin embargo, usted es el responsable de toda la cuenta. **Todos los copagos, los deducibles que no se han pagado y los demás servicios que son responsabilidad del paciente tienen que pagarse en el momento de la visita.** Usted es el responsable de pagar los servicios, si su aseguranza aplica los cargos facturados a su deducible, le niega los servicios o considera que los servicios no están cubiertos. **Si no está asegurado, se espera que usted lo pague todo en el momento de la visita.**
2. Si su aseguranza no paga la reclamación dentro de un plazo razonable (de 45 a 60 días), en tal caso, usted podría hacerse responsable de la cuenta. Si el pago de quien dio la garantía no se recibe dentro de un plazo razonable, o si se nos devuelve la carta porque no se puede entregar, le enviaremos su cuenta a una agencia externa de cobranzas.
3. Si el plan de seguros suyo exige que haya referido o autorización anticipada, tiene que presentar uno de estos documentos junto con su tarjeta de la aseguranza en cada visita. Si no tiene el referido cuando llegue a la cita, usted será el responsable de pagar la visita.
4. A los cheques devueltos por falta de fondos se les hará el cargo por la entrega de cheques sin fondos. Se podrá hacer un cargo por faltar a las citas.
5. **CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE, AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN Y SOLICITUDES DEL PACIENTE.** Certifico que es correcta la información que he dado al solicitar que se haga el pago basado en el Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Medicare). Autorizo a toda persona que tenga información médica o de otro tipo sobre mi persona a que se la dé a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o aseguradora, siendo esta información necesaria para esta reclamación o las demás reclamaciones relacionadas con Medicare. Solicito que se haga en mi nombre el pago por cesión de beneficios.
6. **ACUERDO ECONÓMICO.** Considerando los servicios que se le proporcionarán al paciente, la persona que firma más abajo tiene la obligación de pagarle al centro médico sus tarifas y dentro de sus plazos habituales; además, si la cuenta se le manda a un abogado o agencia de cobranzas, pagar los honorarios razonables de abogado y gastos de cobranza. Por este medio, la persona que firma más abajo le cede al centro médico todos los beneficios del seguro por los servicios prestados. La persona que firma más abajo acepta hacerse responsable de los cargos que no pague la aseguranza. Queda entendido que la obligación de pagarle al centro médico no se puede posponer por ningún motivo, inclusive por demandas judiciales pendientes contra otros para que se le indemnicen gastos médicos.
7. **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO HABITUAL.** Consiento por este medio en que se hagan los procedimientos diagnósticos y/o los tratamientos médicos que mi(s) médico(s) considere(n) que son necesarios o convenientes en _____. Consiento por este medio en que se hagan todos los procedimientos por parte de enfermeros y técnicos y análisis y pruebas que mande(n) mi(s) médico(s). Comprendo que para mi atención médica podría hacer falta recoger muestras de mi cuerpo, inclusive de líquidos y tejidos. Por tal motivo, se me podría extraer sangre o tejidos durante las pruebas o análisis, tratamientos o cirugía. Además, entiendo que si empleados del hospital o de emergencias médicas, médicos u otro(s) entran en contacto con mi sangre o líquidos corporales o reportan que esto sucedió, se me analizará la sangre para encontrar infecciones transmitidas por la sangre, inclusive la hepatitis C y VIH/sida. Estoy consciente de que el ejercicio de la medicina y cirugía no es ciencia exacta, y reconozco que no se me ha hecho ninguna garantía a consecuencia de los tratamientos o examen en _____. Tengo el derecho de rechazar las pruebas, análisis y tratamientos (en la medida que lo permiten las leyes) y que se me diga lo que pudiera pasar si lo hago. Tengo el derecho de que no se me haga ninguna foto o video, a no ser que yo esté de acuerdo con eso, a excepción de cuando sean necesarios para recibir tratamiento.
8. **OPCIÓN DE TRANSMITIR ELECTRÓNICAMENTE LA INFORMACIÓN MÉDICA EN EL MOMENTO DEL ALTA:** Doy mi autorización para que [_____] proporcione una copia de la historia clínica de mi tratamiento, el resumen del alta y un resumen del expediente de atención a mi(s) médico(s) de atención primaria, médico(s) especialista(s) o a todos los proveedores o establecimientos de atención médica indicados en los documentos de mi alta para facilitar mi tratamiento y la continuidad de los cuidados. Entiendo que la información que se divulgue de acuerdo con este párrafo puede incluir, entre otra, información confidencial relacionada con el VIH y demás información sobre otras enfermedades contagiosas o de transmisión sexual; información relacionada con toxicomanía, alcoholismo, farmacodependencia o adicción crónica al alcohol; información sobre salud mental o conductual (con excepción de las notas de psicoterapia); información sobre pruebas genéticas o información relacionadas con abortos provocados. El resumen del expediente de atención consiste en la información de mi historia clínica, entre otra, la información acerca de los procedimientos y los exámenes de laboratorio realizados durante esta internación, mi plan de atención, una lista de mis problemas actuales y pasados, y la lista de mis medicamentos actuales. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando mi solicitud por escrito al encargado de la privacidad (Privacy Officer). No obstante, entiendo que una organización de atención médica no puede recuperar la información que ya se haya dado a conocer de acuerdo con esta autorización. La presente autorización vencerá automáticamente un año después de la fecha en que mi tratamiento actual termine.

DLP Central Carolina Physician Practices

9. **INSTRUCCIONES POR ADELANTADO PARA URGENCIAS:** He firmado las Instrucciones por Adelantado para Urgencias
 No he firmado las Instrucciones por Adelantado para Urgencias

He leído y entiendo por completo la Política Económica, y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

Firma del paciente o representante legal de servicios de atención médica

Fecha

Si firma otra persona que no es el paciente:

Relación o parentesco del representante

Motivo por el cual la persona no puede firmar, por ejemplo es menor de edad o está incapacitado legalmente