



Bienvenidos a nuestra Práctica!

Información de Registro

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Por favor de imprimir documento)

Nombre Completo _____ Fecha De Nacimiento: _____

Correo electrónico (Email): _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ (Seleccionar) Celular Domicilio Trabajo

Teléfono alternativo _____ (Seleccionar) Celular Domicilio Trabajo

Sexo: H M Status Marital: Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciada (do) Viuda(do) Compañera (o)

Raza: _____ Etnicidad: No hispano Hispano Otro _____

Quien lo refirió a este doctor? _____ SSN: _____

Farmacia preferida: (Nombre, dirección y Teléfono) _____

Laboratorio preferida: (Nombre y dirección) _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____ Relación: _____

Seguro Primario (Toda la información es necesaria **si no** ha ensañado la tarjeta de seguro previamente)

Compañía de seguro: _____ Dirección de seguro: _____

Suscriptor/Numero de Miembro: _____ Número de grupo : _____

Nombre de poseedor de póliza/Tutor: _____ Apellido(s) _____ Nombre _____ M.I. _____

Relación al paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Seguro Secundario (si es aplicable)

Compañía de seguro: _____ Dirección de seguro: _____

Suscriptor/Numero de Miembro: _____ Número de grupo _____

Nombre de titular de póliza/Tutor: _____ Apellido(s) _____ Nombre _____ M.I. _____

Relación al paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Autorización y Reconocimiento

Yo declaro que la información es cierta y correcta en lo mejor de mi reconocimiento, yo autorizo Cedar Park Physician Associates para divulgar información adquirida en el curso de mi tratamiento médico para mi aseguranza, doctores y otras instituciones, terceros, o reclamos de archivo.

Yo autorizo pago directo al práctica del doctor por servicios o facturas no pagadas para las prácticas médicas o de cirugías rendidas. Yo entiendo que los servicios o cambio cubiertos por mi aseguranza, o mi elegibilidad no puede ser verificada antes de loa yo acepto responsabilidad financiera por todos los cargos que mi visita requiere colocada. Con mi firma colocada abajo, yo entiendo y autorizo que manden las facturas por servicios y rendidos y no pagados.

Firma del Paciente o Tutor

Nombre completo

Fecha



Nombre Completo: _____

Consentimiento para Tratamiento Medico

Yo, voluntariamente les doy consentimiento para tratamiento médico. Yo, doy permiso a esta clínica, sus empleados y doctores involucrados para en el cuidado de mi salud.

Yo, entiendo que tengo derecho hacer preguntas y recibir información acerca del cuidado de mi salud y tratamiento y el derecho de no consentir tratamiento o exámenes después de ser informado.

Yo consiento examen físico, pruebas de sangre (incluyendo pruebas de sangre enfermedades comunicables como el hepatitis y Sida/VIH cuando el personal ha sido expuesto a sangre y/o líquidos corporales) e imágenes de radiología, medicaciones, infusiones, cuidados de enfermería y/o tratamientos rendidos por el/los doctores, asociados asistentes, y otros trabajadores certificados siguiendo instrucciones médicas.

Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y entiendo también que no hay resultado garantizado en tratamientos, cuidados o exámenes en el cuidado médico.

La firma colocada abajo da fe que el suscrito(a) ha leído, entiende, y acepta los términos descritos, ha recibido una copia, y que está testificando que es el paciente o tutor legal para ejecutar decisiones, servicios y consentimientos medicos.

Firma del Paciente, Padre o tutor: _____

Fecha: _____

Relación con el Paciente: _____



Nombre Completo: _____

POLITICAS DE OFICINA

Creemos firmemente que todos los pacientes merecen la mejor atención médica que podamos brindar. Hemos preparado este material para familiarizarlo con nuestras políticas financieras y de oficina.

Por favor escriba su inicial en conformidad a lo explicado:

Todo paciente

_____ Se cobrará \$ 27.00 por las citas a las que no asista. Si no puede asistir, llame 24 horas antes de la hora de su cita.

_____ Se aplicará un cargo de \$ 25.00 en todos los cheques **devueltos**.

_____ Entiendo que si no pago los montos adeudados, la clínica tiene el derecho de obtener una agencia de cobranza externa y /o un abogado para cobrar la deuda impaga. Entiendo que cualquier deuda impaga se reportará a las agencias de informes de crédito. Además, entiendo que seré responsable de cualquier cargo o tarifa adicional en que se incurra al asegurar la agencia de cobro o el abogado, incluidos los honorarios razonables de los abogados.

_____ Entiendo que soy responsable de actualizar mi información (es decir, el seguro, la dirección, los números de teléfono) con la clínica para que puedan contactarme para futuras citas, reembolsos, etc. Entiendo que puedo hacerlo contactando a La oficina directamente o en el Portal del Paciente.

_____ Entiendo que hay una tarifa por las copias de mis registros médicos. También entiendo que puedo usar el portal de pacientes en línea para recibir copias de parte de mi registro médico.

Pacientes con seguro medico

_____ Todos los copagos se vencen cuando se registra para su cita. Todos los demás pagos se esperan en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos previos.

Pago por cuenta propia (pago en efectivo o en caso de que haya un lapso en el seguro)

_____ NO tengo cobertura de seguro médico. Entiendo que soy responsable del pago de los servicios prestados a mí persona o a mis dependientes en el momento del servicio (a menos que se hayan hecho arreglos previos a través del gerente de la oficina).

_____ Entiendo que como paciente que paga por su cuenta, recibiré un descuento del 30% por los servicios médicos proporcionados. También entiendo que si pago el monto total en el momento del servicio, habrá un descuento adicional del 20% en los servicios médicos. (Esto equivale a un 46.6% de descuento en las tarifas médicas). Si no pago el monto total en el momento de retirarme de la oficina, no se me otorgará el descuento adicional.

Pacientes con Medicare

_____ Autorizo al titular para compartir la información médica o de otro tipo sobre mi persona con la Administración de la Seguridad Social y la Administración Financiera de Atención Médica, o a sus intermediarios o proveedores, cualquier información necesaria para esta o cualquier reclamación relacionada con Medicare. Permito que se use copia de esta autorización en lugar del original, y solicito el pago de los beneficios del seguro médico a mí mismo o la parte que acepta la asignación. Entiendo que es obligatorio notificar al proveedor de atención médica de cualquier otra parte que pueda ser responsable de pagar mi tratamiento. (La Sección 1128B de la Ley del Seguro Social y 31 U.S.C. 3801-3812 establece multas por retener esta información). También se aplican las normas relativas a las asignaciones o beneficios de Medicare.

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Puede haber ciertos servicios que su compañía de seguros no cubre adecuadamente. Si el proveedor considera que el servicio es médicamente necesario y su compañía de seguros niega el pago, será su responsabilidad pagar ese servicio.

He leído y entiendo las políticas de pago mencionadas anteriormente y acepto los términos proporcionados.

Firma del Paciente, Padre o tutor: _____ Fecha: _____

Relación al Paciente: _____



Nombre Completo: _____

Notificación de Prescripción (Receta) Electrónica

Que es la prescripción electrónica? Por qué su proveedor enviara prescripción electrónica?

La prescripción electrónica o recetas electrónicas son prescripciones generadas mediante una computadora por su proveedor y enviadas directamente a su farmacia. Su proveedor participa en la prescripción electrónica porque se preocupa por su salud y porque esta práctica tiene muchos beneficios de seguridad.

Cómo funciona la prescripción electrónica?

En lugar de escribirle la receta en una hoja de papel, su proveedor ingresa los datos directamente en la computadora. Su receta se transfiere desde la computadora del proveedor hasta la computadora de la farmacia. Las prescripciones electrónicas se envían por medios electrónicos a una red privada, segura y cerrada, para que su información sobre la receta no se envíe por internet abierta o como correo electrónico. Su prescripción electrónica llega a la computadora del farmacéutico con mayor rapidez, por lo cual es posible ahorrar tiempo. La prescripción electrónica puede enviarse a la farmacia que usted elija. Si no quiere que la receta se envíe electrónicamente o si su farmacia no acepta esta metodología, su proveedor puede imprimir las recetas.

Privacidad

La privacidad de su información médica personal contenida en todas sus recetas, independientemente de que sean impresas o electrónicas, está protegida por una ley federal y las leyes estatales. La ley federal es la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro Médico (HIPAA, Health Insurance Portability and Accountability Act). La HIPAA requiere que su información médica personal se intercambie con fines de tratamiento, pago y para operaciones del cuidado de la salud. La prescripción electrónica cumple con este requisito.

Consentimiento del paciente para la prescripción electrónica (receta electrónica)

He tomado conocimiento y entiendo que las prácticas y consultorios médicos pueden usar un Sistema de prescripción electrónica que permita que las recetas y la información relacionada se envíen por medios electrónicos entre mis proveedores y mi farmacia. Se me ha informado y entiendo que mis proveedores que usen el sistema de prescripción electrónica podrán ver información sobre los medicamentos que ya estoy tomando, incluidos las recetas por otros proveedores. Extiendo mi consentimiento para que mis proveedores tengan acceso a esta información médica protegida.

Firma del Paciente, Padre o tutor: _____ Fecha: _____

Relación al Paciente: _____

Firma del Testigo: _____



Nombre Completo: _____

Reconocimiento y Prueba de Practicas de Privacidad

Debido a la ley de responsabilidad y transferibilidad del seguro médico (HIPAA) en 1996, la siguiente información debe ser completada y actualizada anualmente por el paciente o tutor:

En caso de que un miembro de la familia o el cuidador asista a mis visitas médicas en la oficina y está en la sala de examen en el momento de mi evaluación o tratamiento, doy permiso a Cedar Park Physician Associates y sus proveedores y empleados para hablar libremente de mi condición, tratamiento o diagnóstico con esa persona presente.

(Circule uno) si no

Aviso de práctica de privacidad:

Al firmar abajo, reconozco que me han dado una copia de aviso de práctica de privacidad de la práctica médica forma 3732-3732-PPSI-2061 (Rev. 02/10) para tener revisión y copia personal las cuales se proporcionarán a petición. Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, póngase en contacto con la oficina de privacidad de la práctica médica en (512)528-7000.

Firma del paciente o del tutor: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____ (i.e., paciente, padres)

Divulgación de información de salud personal (PHI)

Este documento autoriza a Cedar Park Physician Associates discutir información médica respecto a mi cuidado, condición, tratamiento o diagnostico con la(s) persona(s) siguiente(s):

- Solo el paciente
- Conyugue (especificar nombre del conyugue): _____
- Padres(s) (especificar nombre del padre o madre): _____
- Otros (por favor especificar): _____

¿Cómo podemos contactarle con mensajería automatizada?

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Notificaciones de salud | <input type="checkbox"/> Email | <input type="checkbox"/> Teléfono | <input type="checkbox"/> Texto |
| Citas | <input type="checkbox"/> Email | <input type="checkbox"/> Teléfono | <input type="checkbox"/> Texto |
| Avisos | <input type="checkbox"/> Email | <input type="checkbox"/> Teléfono | <input type="checkbox"/> Texto |
| Facturaciones | <input type="checkbox"/> Email | <input type="checkbox"/> Teléfono | <input type="checkbox"/> Texto |

Como lo podemos contactar por resultados tales como laboratorios, rayos x, etc., favor de marcar uno o todos los deseados:

- Teléfono de la casa: _____ podemos dejarle mensaje detallado: **SI / NO**
- Teléfono del trabajo: _____ podemos dejarle mensaje detallado: **SI / NO**
- Teléfono celular: _____ podemos dejarle mensaje detallado: **SI / NO**

Cuáles de las siguientes personas pueden recoger muestras de medicamentos o prescripciones:

- Solo el paciente
- Conyugue (especificar nombre): _____
- Padres especificar nombre(s): _____
- Otros (favor especificar): _____

Firma del paciente o tutor: _____ Fecha: _____