

REGISTRO DE PACIENTE

Section 1: Demografía

DEMOGRAFIA	
Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del Segundo nombre: _____	
Dirección: _____	
Teléfono residencial: _____ Celular: _____ Trabajo: _____	
Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____	
Dirección de correo electrónico: _____ Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispáno <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Otro	
Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros (sírvese indicar): _____	
Raza: <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro	

INFORMACIÓN ADICIONAL	
Médico Primario: _____ Médico remitente: _____	
Nombre de la farmacia: _____ Tipo de farmacia: <input type="checkbox"/> Retail <input type="checkbox"/> Mail Order	
Teléfono de la farmacia: _____ Número de fax de la farmacia: _____	
Dirección de la farmacia: _____	
Empleo: <input type="checkbox"/> Full-Time <input type="checkbox"/> Part-Time <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado Estudiante: <input type="checkbox"/> Full-Time <input type="checkbox"/> Part-Time	
Nombre del empleador/escuela: _____	
Por favor, proporcione un CONTACTO DE EMERGENCIA:	
Nombre: _____ Teléfono residencial: _____	
Teléfono celular: _____ Relación con el paciente: _____	

SECTION 2: INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Es su visita con respecto a una lesión en el trabajo o un accidente automovilístico? SI NO

Si RESPONDIO SI, POR FAVOR, NOTIFIQUE A LA RECEPCIÓN. HAY FORMULARIOS

ADICIONALES QUE SE REQUIEREN.

SEGURO MÉDICO	
Seguro Primario: _____	ID #: _____ Grupo #: _____
Seguro Secundario: _____	ID #: _____ Grupo #: _____
Parte responsable: Paciente Otro (Si es otro, complete los campos a continuación)	
Nombre: _____	Apellido: _____ Inicial del Segundo nombre: _____
Dirección: _____	
Teléfono residencial: _____	Celular: _____ Relación con el paciente: _____

SEGURO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES	
Compañía de seguros: _____	Número de póliza: _____
Fecha del accidente: _____	Número de reclamación: _____
Dirección completa de la reclamación: _____	
Información del ajustador/administrador de casos:	
Nombre: _____	Telefono: _____ Fax: _____
Información del abogado (si corresponde):	
Nombre: _____	Telefono: _____ Fax: _____

SECTION 3: CONSENTIMIENTO PARA LAS COMUNICACIONES

Solicito que todas las comunicaciones que me envíe Orthopedic Institute of North Texas y / o su personal se manejen de la siguiente manera:

Dirección para comunicación escrita: Seleccione si es igual que la dirección anterior

Para la comunicación oral: indique el método preferido (basado en los números de teléfono proporcionados anteriormente)

Telefono Residencial Celular Trabajo Otro:

Doy mi permiso para que Orthopedic Institute of North Texas que deje mensajes en mi contestadora.

Si No

¿Le gustaría recibir mensajes de texto con respecto a **actualizaciones no urgentes**, como recordatorios de citas, resultados normales de pruebas o autorizaciones para procedimientos?

Si No

En caso afirmativo, revise y firme el consentimiento a continuación:

Por la presente doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto de la práctica a mi teléfono celular. Entiendo que esta solicitud para recibir mensajes de texto se aplicará a todos los recordatorios de citas futuras, resultados de pruebas y comunicaciones no urgentes.

La práctica no cobra por este servicio, pero pueden aplicarse tarifas estándar de mensajería de texto y operador. Todos los pacientes tienen derecho a cambiar de opinión y a que se suspenda este servicio. Si ya no desea recibir mensajes de texto, notifique a la recepción por teléfono o por escrito. Tenga en cuenta que no podemos aceptar mensajes de texto entrantes. Si cambia su número de teléfono móvil, infórmenos para que podamos actualizar nuestros registros.

Firma del paciente: _____ **Nombre del paciente:** _____

Fecha: _____

SECTION 4: POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegirnos como sus proveedores de atención médica. La industria del cuidado de la salud está evolucionando rápidamente y con los constantes cambios en las pólizas de seguro y los crecientes costos de mantener servicios de atención médica de calidad, hemos implementado la siguiente política financiera que le pedimos que lea, acepte y reconozca.

EN CUANTO A LOS SEGUROS COMERCIALES:

- **Debemos tener una copia de su tarjeta de seguro actual.** Por lo tanto, es responsabilidad del paciente asegurarse de ofrecer su tarjeta de seguro a la recepcionista para copiar si su seguro ha cambiado desde su última visita.
- **Si tiene un plan HMO con quien tenemos un contrato,** es necesaria una referencia adecuada de su médico de atención primaria para que lo vean tanto para pruebas como para visitas regulares al consultorio. Esta referencia debe contener el diagnóstico, el número de visitas permitidas y tener una fecha de vencimiento. Es responsabilidad del paciente realizar un seguimiento del número de referencias restantes. Puede llamar a nuestra oficina en cualquier momento para verificar esta información antes de su visita. **Si lo ven sin una referencia válida, usted será responsable de la factura.**
- **Si tiene un copago en su tarjeta,** usted será responsable del pago de ese copago el día de su cita. Todos los copagos se cobran a la llegada.
- **Si tiene un plan PPO con el que tenemos un contrato,** usted será responsable del copago si aparece en su tarjeta. Si no ha alcanzado su deducible, o si tiene un coseguro que permanece después de que la compañía de seguros haya pagado su parte, usted será responsable de este saldo y se esperará el pago.
- **Si su seguro requiere un copago para las pruebas,** usted es responsable del pago de ambos copagos.
- **Si su seguro ha caducado en la cobertura, o no está vigente en el momento del servicio, Usted será responsable del pago de los servicios.**

CON RESPECTO A LOS PACIENTES DE MEDICARE:

- **Los pacientes son responsables de cumplir con su deducible anual cada año.**
- **Una vez que se haya alcanzado el deducible,** los pacientes sin seguro secundario deberán pagar su porción del 20% en el momento de su visita.
- **Si tiene un seguro secundario / complementario,** es responsabilidad del paciente proporcionar a nuestro personal una copia de esa tarjeta.
- **Presentaremos la solicitud a los transportistas secundarios/suplementarios;** Sin embargo, en el caso de que el seguro secundario no pague, a los pacientes se les facturará el saldo.

Iniciales del paciente: _____

SEGUROS NO PARTICIPANTES Y PACIENTES QUE PAGAN POR CUENTA PROPIA:

- ***Si nos ha presentado una tarjeta de seguro médico con la que no participamos***, se espera que pague el 100% de nuestro monto facturado en el momento en que se presten los servicios.
- ***Una vez que usted realice el pago***, el reclamo se enviará a su compañía de seguros de salud en su nombre. Cualquier reembolso que se le deba por beneficios fuera de la red debe enviarse directamente a usted. Si su compañía de seguros envía el pago por correo a nuestra oficina, se le enviará un cheque de reembolso por el monto pagado por la compañía de seguros..

PAGOS PARCIALES/PLANES DE PAGO:

- ***Solo se aceptarán pagos parciales si se han realizado arreglos previos.***
- ***Si desea proceder con las pruebas necesarias*** y desea establecer un plan de pago, puede organizarlo con nuestro personal. Los planes de pago solo se pueden configurar con información de tarjeta de crédito o débito.
- ***Una vez que se organiza un plan de pago***, los pagos deben hacerse de manera consistente o el saldo se considerará moroso. Usted puede estar sujeto a cargos financieros o eventualmente entregado a nuestra agencia de cobro.

CUENTAS DILATORIAS:

1. ***Las cuentas morosas estarán sujetas a cargos de facturación mensuales hasta que la cuenta se liquide en su totalidad.***

NUESTRA POLÍTICA DE CANCELACIÓN:

- ***Requerimos un aviso de 24 horas para todas las citas canceladas*** . Tenga en cuenta que este cargo es su responsabilidad y no está cubierto por su seguro.
- ***Habrà un cargo de \$50.00 por todas las visitas de seguimiento al consultorio que no se presenten y un cargo de \$100 por pacientes nuevos que no se presenten.***

AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE SEGUROS: (PARA TODOS LOS PACIENTES)

Solicito que el pago de Medicare y / o los productos de atención administrada participantes se hagan pagaderos a Advanced Garden State Cardiology, LLC en mi nombre por cualquier servicio que me brinde esta práctica. Autorizo la divulgación de cualquier información sobre mí a Medicare y/u otros productos de atención administrada participantes y sus agentes que puedan ser necesarios para determinar estos beneficios.

Iniciales del paciente: _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA POR EL PAGO

Soy consciente de que debido a cualquiera de las razones enumeradas a continuación, es posible que mi compañía de seguros niegue el pago de los servicios que se me prestan hoy. En ese caso, entiendo que seré financieramente responsable de esos cargos.

1. No tengo mi tarjeta de seguro conmigo
2. No tengo una referencia válida para esta visita
3. Esta oficina no participa con mi compañía de seguros
4. No tengo seguro médico y pagaré mi visita hoy

He leído la Política Financiera anterior y entiendo y estoy de acuerdo con sus términos.

Firma

Nombre de impresión

Fecha

SECTION 5: Consentimiento del paciente para el uso y divulgación de información médica protegida (historial de medicamentos)

Por la presente doy, **Orthopedic Institute of North Texas, autorización para** obtener mi historial de medicamentos para llevar a cabo el tratamiento y proporcionarme servicios de atención médica.

Con este consentimiento, **Orthopedic Institute of North Texas** puede llamar a mi hogar u otros lugares alternativos como la farmacia u otro consultorio médico o electrónicamente desde la información de mi plan de salud con respecto a mi historial de medicamentos.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho divulgaciones basándose en mi consentimiento previo.

Nombre del paciente / tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma del paciente / tutor legal: _____ Fecha: _____

SECTION 5: CUMPLIMIENTO DE HIPAA Y POLÍTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestra oficina está totalmente comprometida con el cumplimiento de las pautas de HIPAA al:

1. Proporcionar la seguridad adecuada para nuestros registros de pacientes
2. Proteger la privacidad de la información médica de nuestros pacientes
3. Proporcionar a nuestro paciente el acceso adecuado a sus registros médicos
4. Mantener adecuadamente la información de nuestros pacientes y los procesos de facturación de conformidad con los estándares nacionales

He leído y entendido los términos de la HIPAA. He sido informado de los detalles del Aviso Ómnibus de Prácticas de Privacidad de HIPAA y reconozco mi derecho a obtener una copia de este documento en cualquier momento que elija.

Firma

Nombre de impresión

Fecha

Autorización de divulgación de información de salud protegida por el paciente

A continuación se enumeran los nombres de las personas con las que los médicos y el personal de **Advanced Garden State Cardiology LLC, DBA Advanced Medical Group** tienen mi permiso para divulgar y discutir mi información médica protegida. Cualquier información que se relacione con mi salud o condición física / mental pasada, presente o futura y otros servicios de atención médica relacionados puede ser discutida. Entiendo que su autorización permanecerá vigente hasta que haga una solicitud por escrito para cambiarla.

1. Nombre _____; Relación: _____
2. Nombre _____; Relación: _____
3. Nombre _____; Relación: _____
4. Nombre _____; Relación: _____

Nombre del paciente: _____ Firma del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ Fecha: _____

1. **Sírvase indicar la situación que mejor describa su situación laboral:**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Discapacitado
Permanente | <input type="checkbox"/> Desempleado |
| <input type="checkbox"/> Discapacitado
Temporal | <input type="checkbox"/> Trabajando Tiempo Completo |
| <input type="checkbox"/> Ama de Casa | <input type="checkbox"/> Trabajando Medio Tiempo |
| <input type="checkbox"/> Retirado | |

Profesion: _____

¿Ha faltado a algún trabajo como resultado de esta lesión? SÍ NO

Si actualmente NO ESTÁ TRABAJANDO, ¿cuánto tiempo ha estado fuera del trabajo debido a su dolor?

¿Cómo se enteró de nosotros?

Sírvase especificar:

- Referencia (por ejemplo, médico, familia, amigo) _____
- Búsqueda en línea (por ejemplo, Google, Yahoo, Bing) _____
- Página de redes sociales (por ejemplo, Facebook, Yelp, Google+) _____
- Health Ratings Site (e.g. HealthGrades, Vitals, RateMDs) _____
- Otros (por ejemplo, portal de seguros de salud, anuncios en periódicos, etc.) _____

Comentarios

¡Esperamos que hayas tenido una gran experiencia aquí! Queremos asegurarnos de que los posibles pacientes puedan experimentar la misma alta calidad de atención que pudimos brindarle.

Le agradeceríamos mucho que se tomara un tiempo para compartir sus comentarios y experiencia en cualquiera de nuestros diversos sitios de redes sociales.

