

Formulario de registro del paciente POR FAVOR IMPRIMA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ M. Inicial: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Femenino Masculino Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Estado civil: _____ Correo electrónico: _____

Raza: _____ Etnia: _____ Idioma: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

NOMBRE DE LA FARMACIA Y NÚMERO DE TELÉFONO: _____

Para mantener un registro médico preciso y actualizado, solicitamos permiso para consultar un recurso externo para obtener una lista de sus medicamentos. **Iniciales:** _____

INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR *(Complete solo si el paciente es menor de 18 años)*

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ M. Inicial: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

EMPLEADOR: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO Y SECUNDARIO *(TODOS los seguros)*

Nombre del plan de seguro: _____

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA *(si no es el paciente):* _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Femenino Masculino Relación con el paciente: _____

¿CÓMO PODEMOS CONTACTARLO CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)?

No Sí: Me pueden contactar por correo electrónico a: _____

No Sí: Me pueden contactar por teléfono al: _____

No Sí: ¿Podemos dejar un mensaje con su PHI al número que proporcionó? **(DEBE SER RESPONDIDO)**

¿Le gustaría recibir mensajes de texto con respecto a su cita, resultados de laboratorio, etc.?

No Sí: ¿Qué número? _____

¿QUIERES QUE ALGUIEN TENGA ACCESO A TU PHI? SI ES ASÍ, ¿QUIÉN? NOMBRE: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Relación con el paciente: _____



Nuevo Historial De Salud Del Paciente

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y pasarán a formar parte de su expediente médico.

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Fecha De Nacimiento:
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Estar Asociado Con <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Apartado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		
Teléfono De Contacto:		
Habla a:		
Correo electrónico:		
Médico anterior o remitente:		Fecha del último examen físico:
HISTORIAL PERSONAL DE SALUD		
Enumere cualquier problema médico que otros médicos hayan diagnosticado:		
CIRUGÍAS		
Año	Razón	Hospital
OTRAS HOSPITALIZACIONES		
Año	Razón	Hospital
Haga una lista de sus medicamentos recetados y de venta libre, como vitaminas e inhaladores.		
Nombra la droga	Fuerza	Frecuencia Tomada



Nuevo Historial De Salud Del Paciente

ALERGIAS A MEDICAMENTOS						
Nombra la droga	Reacción que tuviste					
HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL						
TODAS LAS PREGUNTAS CONTENIDAS EN ESTE CUESTIONARIO SON OPCIONALES Y SERÁN ESTRICAMENTE CONFIDENCIALES						
ALCOHOL	¿Bebes alcohol?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
	¿Cuántos tragos por semana?					
	¿Te preocupa la cantidad que bebes?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
	¿Conduces después de beber?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
TOBACCO	¿Usas tabaco?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Cigarettes - pks./day ____	<input type="checkbox"/> Chew - #/day ____	<input type="checkbox"/> Pipe - #/day ____ <input type="checkbox"/> Cigars - #/day ____			
	<input type="checkbox"/> # de años _____		<input type="checkbox"/> O dejar de fumar _____			
HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR						
	EDAD	PROBLEMAS DE SALUD SIGNIFICATIVOS		EDAD	PROBLEMAS DE SALUD SIGNIFICATIVOS	
Padre			Niños	<input type="checkbox"/> M		
Madre				<input type="checkbox"/> F		
Hermano	<input type="checkbox"/> M		Abuela Materno	<input type="checkbox"/> M		
	<input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> M		
	<input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> M		
	<input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/> M			Abuelo Materno		
	<input type="checkbox"/> F					
<input type="checkbox"/> M		Abuela Paternal				
<input type="checkbox"/> F						
<input type="checkbox"/> M		Abuelo Paternal				
<input type="checkbox"/> F						
OTROS PROBLEMAS						
<input type="checkbox"/> Piel	<input type="checkbox"/> Pecho/Corazón		Cambios recientes en:			
<input type="checkbox"/> Cabeza/Cuello	<input type="checkbox"/> Atrás		<input type="checkbox"/> Peso			
<input type="checkbox"/> Orejas	<input type="checkbox"/> Intestinal		<input type="checkbox"/> Nivel De Energía			
<input type="checkbox"/> Nariz	<input type="checkbox"/> Vejiga		<input type="checkbox"/> Capacidad Para Dormir			
<input type="checkbox"/> Garganta	<input type="checkbox"/> Intestino		<input type="checkbox"/> Otro Dolor/Malestar:			
<input type="checkbox"/> Pulmones	<input type="checkbox"/> Circulación					



Aviso de Prácticas de Privacidad Reconocimiento

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información médica protegida (PHI). Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en el tratamiento directa o indirectamente
- Obtener pago de terceros pagadores
- Llevar a cabo operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Recibí, leí y entiendo su Aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi PHI. Entiendo que esta organización tiene derecho a cambiar su Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad.

Nombre del paciente o tutor legal:: _____

Firma: _____

Fecha: _____

USO PRÁCTICO SOLAMENTE

Intenté obtener la firma del paciente en reconocimiento del Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad, pero no pude hacerlo como se documenta a continuación:

Fecha: _____ Iniciales: _____

Razón: _____



Consentimiento General Para El Tratamiento

Como paciente, usted tiene derecho a que se le informe sobre sus condiciones y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado que se utilizará para que pueda tomar la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros involucrados. En este momento de su atención, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo por obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y/o procedimiento apropiado para cualquier condición identificada.

Solicito y autorizo la atención médica que mi proveedor, su asistente o las personas designadas (colectivamente denominados "los proveedores") consideren necesaria o aconsejable. Esta atención puede incluir, entre otros, diagnósticos de rutina, radiología y procedimientos de laboratorio, administración de medicamentos de rutina, terapias biológicas y de otro tipo, y atención médica y de enfermería de rutina. Autorizo a mi(s) proveedor(es) a realizar otros servicios adicionales o extendidos en situaciones de emergencia si es necesario o aconsejable para preservar mi vida o salud. Entiendo que mi (el paciente) cuidado es dirigido por mi(s) proveedor(es) y que otro personal me brinde atención y servicios a mí (el paciente) de acuerdo con las instrucciones del proveedor.

Entiendo que tengo el derecho y la oportunidad de discutir planes alternativos de tratamiento con mi proveedor y de preguntar y recibir respuestas satisfactorias a cualquier pregunta o inquietud.

En caso de que un trabajador de la salud esté expuesto a mi sangre o fluidos corporales de una manera que pueda transmitir el VIH (virus de inmunodeficiencia humana), el virus de la hepatitis B o la hepatitis C, doy mi consentimiento para que se analice mi sangre y/o fluidos corporales para estas infecciones y el informe de los resultados de mis pruebas al trabajador de la salud que ha estado expuesto. _____ (inicial)

HE LEÍDO O ME HAN LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE ESTE CONSENTIMIENTO; HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y ME HAN ABORDADO ESTAS PREGUNTAS.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Consentimiento del tutor legal, defensor del paciente o pariente más cercano **si el paciente no puede firmar**

Consentimiento del cuidador **si el paciente no puede firmar**

Nombre del tutor legal, defensor del paciente, pariente más cercano u otro: _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

Habla a: _____

Firma del anterior: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____



Política Financiera Del Paciente

Este es un acuerdo entre AdvancedHEALTH, como acreedor, y el Paciente/Deudor nombrado en este formulario e indicado por la firma del paciente/deudor a continuación.

En este acuerdo, las palabras “usted”, “su” y “suyo” significan el Paciente/Deudor. La palabra “cuenta” significa la cuenta que se ha establecido a su nombre a la que se le cobran cargos y se acreditan los pagos. Las palabras “nosotros”, “nosotras” y “nuestro” se refiere a AdvancedHEALTH. Al ejecutar este acuerdo, usted acepta pagar por todos los servicios prestados.

Fecha de vigencia: una vez que haya firmado este acuerdo, acepta todos los términos y condiciones contenidos en este documento y el acuerdo estará en pleno vigor y efecto. Se le proporcionará una copia de su acuerdo financiero firmado.

SEGURO MÉDICO - Es SU responsabilidad:

- Asegúrese de que se nos haya proporcionado la información de seguro más actualizada relacionada con la presentación de su reclamo, incluida la tarjeta de seguro, el número de identificación, el empleador, la fecha de nacimiento y la dirección del paciente. Esta información se ubicará en nuestro formulario de registro de pacientes.
- Asegúrese de que tengamos un contrato con su compañía de seguros para recibir los máximos beneficios.
- Pague su copago o parte del paciente en el momento del servicio.
- Infórmenos de cualquier cambio de seguro realizado después de este acuerdo firmado/fecha de servicio. Las compañías de seguros tienen pautas específicas de presentación oportuna y requisitos de autorización previa para ciertos servicios. Si la información revisada del seguro no se nos proporciona dentro de los límites de presentación oportunos de su seguro, deberá pagar los servicios en su totalidad. Si se requería autorización previa para los servicios que ya recibió y su reclamo es denegado por falta de autorización, deberá pagar la totalidad de los servicios.
- Comuníquese con su compañía de seguros si no recibe correspondencia dentro de los 45 días posteriores a la fecha del servicio.

Es NUESTRA responsabilidad:

- Presentar un reclamo a su compañía de seguros de salud en base a la información proporcionada por el paciente/deudor en el momento del servicio o según se proporcione información actualizada.
- Proporcione a su aseguradora de salud la información necesaria para determinar los beneficios. Esto puede incluir atención médica registros y/o una copia de su tarjeta de seguro.
- Proporcionar a los pacientes de MVA un formulario de reclamo de seguro de salud de cortesía para sus registros cuando lo soliciten.

OPCIONES DE PAGO: Según nuestro acuerdo contratado con su compañía de seguros, debemos cobrar su copago el día del servicio. Si no tiene seguro, debe pagar el tratamiento en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos formalmente. Se le proporcionará un acuerdo financiero independiente de pago por cuenta propia. Nuestra oficina cobra todos los copagos más el coseguro estimado y los deducibles en el momento del servicio.

Aceptamos lo siguiente: Dinero en efectivo Cheque Tarjeta de crédito (Visa, MasterCard, Discover, American Express)

Se cobrará un cargo por cheque devuelto de veinticinco dólares (\$25.00) a la cuenta del paciente por incidente.

Para mayor comodidad, los pagos pueden realizarse en línea en www.ePayItOnline.com. Para utilizar este servicio, necesitará su número de cuenta, código de acceso y código de identificación. Esta información se puede encontrar en el estado de cuenta del paciente que recibirá reflejando su saldo.

Los pacientes que no se presenten pueden estar sujetos a una tarifa de \$25.00 por no presentarse.

APROBACIONES PENDIENTES PARA LOS SERVICIOS: En caso de que no podamos obtener la aprobación de los servicios y usted desea continuar, no le facturaremos a su seguro. Los servicios se reducirán al monto permitido por el seguro dentro de la red y se aplicará a la responsabilidad del paciente.

_____ Iniciales

Firma del Paciente y/o Deudor: _____ Fecha ____/____/____

Las explicaciones financieras adicionales continúan en el reverso de esta página.



LESIONES DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES: Se necesita la aprobación/autorización por escrito de su empleador y/o compañía de compensación de trabajadores antes de su visita inicial. Nos pondremos en contacto con su administrador de casos y/o supervisor para confirmar su lesión de compensación laboral. Si este reclamo es denegado, por cualquier motivo, por su empleador o la aseguradora de compensación para trabajadores de su empleador, usted será responsable del pago total. Si la denegación se realiza mediante compensación para trabajadores, se puede presentar un seguro de salud por estos servicios denegados y usted será responsable de la cuenta.

ACCIDENTES DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS (MVA): Sí, estuve involucrado en un MVA el ____/____/____. A menos que antes se ha llegado a un acuerdo o soy un **beneficiario de Medicare**, mi seguro de salud se presentará para los servicios relacionados con este accidente. En caso de que no brinde información del seguro en la visita inicial, entiendo que pueden ocurrir denegaciones del seguro según el tipo de servicio recibido o los requisitos de presentación específicos de la compañía. Estoy de acuerdo, como el paciente o el paciente tutor legal, soy responsable en última instancia de todos los saldos adeudados a este centro y/o a su(s) médico(s) por los servicios prestados independientemente de la denegación del seguro o los resultados desfavorables del caso. Si he elegido a un abogado para que supervise mi caso, este acuerdo financiero servirá como una carta de protección para mi abogado. Además entiendo que mi cuenta puede ser manejado por una entidad externa que se especializa en cuentas de gravámenes de abogados a discreción de las instalaciones.

____ Sí, he optado por contratar a un abogado. Firmado: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre del abogado: _____ Teléfono: _____

DATOS DE FACTURACIÓN

ESTADOS DE CUENTA: Se le proporcionará un estado de cuenta si el seguro pagó dejando una parte del paciente, se negó o no se recibió respuesta. Debido al tipo de servicio que brindamos, es posible que reciba facturación de más de una práctica, también conocida como facturación dividida. El saldo de su estado de cuenta vence y es pagadero dentro de los 30 días posteriores a la recepción, a menos que se hagan otros arreglos con nuestro departamento de facturación. El estado de cuenta se enviará a la dirección proporcionada en el momento del servicio. En caso de que su dirección postal cambie después de la fecha de su servicio y su cuenta no haya sido pagada en su totalidad, debe notificar este cambio a nuestra oficina de facturación por correo electrónico a Billing@OurAdvancedHEALTH.com o llame al 615.239.2018. En caso de divorcio o separación, la parte responsable de la cuenta antes del divorcio o separación sigue siendo responsable de la cuenta. Después de un divorcio o separación, el padre que autorice el tratamiento de un niño en el momento del servicio será el padre responsable de los cargos subsiguientes. Si la sentencia de divorcio requiere que el otro padre pague todo o parte de los costos del tratamiento, se requiere documentación judicial para cualquier cambio de dirección del garante; de lo contrario, es responsabilidad del padre que autoriza/custodia cobrar al otro padre. Cualquier cuenta con un saldo de crédito de menos de <\$5.00> no se reembolsará sin una solicitud específica del paciente/deudor.

CUENTAS MOROSAS: Revisamos las cuentas vencidas con frecuencia y en cada ciclo de estado de cuenta. Su comunicación y participación para garantizar que su saldo se pague a tiempo es importante para nosotros. Es imperativo que mantenga comunicaciones y cumpla con su acuerdo y arreglos financieros para mantener su cuenta activa y al día.

Si su cuenta se atrasa sesenta (60) días, es posible que se tomen medidas adicionales para cobrar esta deuda. Si no paga a tiempo y remitimos su(s) cuenta(s) a un tercero para su cobro, se cobrará una tarifa de cobro y se deberá pagar en el momento de la remisión al tercero. La tarifa se calculará al porcentaje máximo permitido por la ley aplicable, sin exceder el 18 por ciento. Además, nos reservamos el derecho de denegar el tratamiento futuro que no sea de emergencia para todos y cada uno de los saldos de cuenta no pagados relacionados con el deudor.

CONSENTIMIENTO PARA CONTACTAR: Otorgo permiso y consentimiento a AdvancedHEALTH y sus agentes, cesionarios y contratistas (que pueden incluir terceros cobradores de deudas por obligaciones vencidas): (1) para comunicarse conmigo por teléfono a cualquier número asociado conmigo, si se proporciona por mí u otra persona en mi nombre; (2) para dejarme mensajes e incluir en dichos mensajes los montos adeudados por mí; (3) para enviarme mensajes de texto o correos electrónicos usando cualquier dirección de correo electrónico que proporcioné o cualquier número de teléfono asociado conmigo, si lo proporcioné yo u otra persona en mi nombre; y (4) usar mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o un sistema de marcación telefónica automatizado (un marcador automático) según lo define la Ley de Protección al Consumidor de Teléfonos en relación con cualquier comunicación que se me haga según lo dispuesto en este documento o cualquier servicio programado relacionado y mi cuenta. Entiendo que mi negativa a brindar el consentimiento descrito en este párrafo no afectará, directa o indirectamente, mi derecho a recibir servicios de atención médica.

RENUNCIA A LA CONFIDENCIALIDAD: Usted comprende que si su cuenta se envía a un abogado o a una agencia de cobro, si tenemos que litigar en un tribunal, o si su estado de mora se informa a una agencia de informes crediticios, el hecho de que haya recibido tratamiento en nuestra oficina puede convertirse en un asunto de registro público.

REGISTROS MÉDICOS: Deberá solicitar por escrito o firmar un formulario de autorización médica para la divulgación de sus registros médicos a cualquier organización o médico. Cobramos una tarifa plana de \$20 por 1 a 5 páginas más .50 por página adicional y franqueo. Si tiene 18 años o más, debe contener documentación que indique si se ha ejecutado una directiva médica anticipada para los miembros de Medicaid/Medicare. Una copia debe estar archivada en la oficina. Notifique a la oficina si tiene un testamento en vida o un poder notarial.



Derechos De Los Pacientes

Los derechos del paciente incluyen:

- El derecho a recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad
- El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales
- El derecho a solicitar una restricción en el uso y divulgación de PHI
- El derecho a saber que la entidad cubierta no está obligada a aceptar la restricción solicitada a menos que la solicitud sea para una restricción de información al plan de salud por un servicio o artículo que el paciente paga de su bolsillo, sin plan de salud intervención
- El derecho a inspeccionar y copiar la PHI
- El derecho a solicitar enmiendas y correcciones a la PHI
- El derecho a solicitar un informe de la divulgación de PHI
- El derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
- El derecho a expresar quejas o reclamos sobre su organización de atención administrada o la atención médica brindada.

Estos están incluidos en el Aviso de Prácticas de Privacidad. La mayoría requiere que el paciente exprese sus solicitudes por escrito. Los proveedores tienen la autoridad para denegar ciertas solicitudes con base en el juicio profesional.

Comunicaciones Confidenciales

Los pacientes pueden solicitar que la entidad cubierta se comunique con ellos a través de un método diferente al que se usa normalmente, oa una dirección o número de teléfono alternativo, oa través de medios electrónicos. Sin embargo, la entidad cubierta puede requerir que el paciente proporcione un medio efectivo de contacto, como una dirección, un número de teléfono o una dirección de correo electrónico, y puede requerir que el paciente explique cómo se pagarán los costos adicionales de la práctica. Si el paciente no puede proporcionar esta información, la práctica puede negar la solicitud.

Si el paciente prefiere o solicita comunicaciones electrónicas, se le debe recordar que es posible que la PHI no sea segura. Deben utilizar el Formulario de comunicación electrónica para reconocer el riesgo que implica este formato de comunicación.

Restricciones

Los pacientes pueden solicitar restricciones sobre cómo se puede usar su PHI. Sin embargo, las entidades cubiertas no están obligadas a aceptar la restricción solicitada. Los pacientes no pueden solicitar restricciones para los usos exigidos por la ley o con fines de compensación laboral. Si el proveedor, utilizando su criterio profesional, determina que aceptar la restricción no sería lo mejor para el paciente, se puede denegar la solicitud.

Las entidades cubiertas están obligadas a otorgar una solicitud de divulgación de restricción al plan de salud del paciente para un servicio o artículo por el cual el individuo paga totalmente de su bolsillo. Esta solicitud debe hacerse por escrito. Otra persona, como un amigo o familiar, puede pagar el servicio o artículo, pero el paciente no puede hacer que otro plan contribuya al pago.

Inspeccionar y Copiar

Los pacientes tienen derecho a acceder, inspeccionar o copiar la PHI de rutina. Sin embargo, no tienen derecho a acceder, inspeccionar o copiar notas o registros restringidos por otra ley, como CLIA. El derecho a acceder a la PHI se suspende durante la participación en ensayos clínicos. El paciente suele estar de acuerdo con esto antes de la participación, y el acceso se restablece al final del ensayo.

Se puede denegar el acceso a los representantes personales si el proveedor, utilizando su juicio profesional, tiene razones para creer que el acceso no sería lo mejor para el paciente, especialmente si el proveedor sospecha que el paciente puede estar sujeto a violencia doméstica, abuso o negligencia. , o si el acceso puede poner en peligro de alguna manera al paciente oa otra persona. También se denegará el acceso a personas que no sean el paciente si el paciente ha solicitado una restricción y esa solicitud ha sido concedida. En el caso de los internos, se podrá denegar el acceso si ello puede poner en peligro a alguna persona que se encuentre allí o si puede comprometer el funcionamiento del establecimiento.

Le cobraremos al paciente la tarifa permitida por proporcionar copias en cualquier formato.

