

PRIMARY CARE PROVIDERS FOR A HEALTHY FELICIANA

REVISIÓN/ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

LUGAR DE PCPFHF: _____

Nombre: _____ Número de Seguro Social _____
(Nombre, inicial segundo nombre, apellido)

Dirección postal _____ Teléfono casa _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____ Teléfono celular _____

Fecha nacimiento _____ Número de personas en el hogar _____ Empleador _____

Estudiante: Tiempo completo / Medio tiempo Escuela _____ Grado _____

Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar <input type="checkbox"/> Lesbiana/Homosexual <input type="checkbox"/> Otra	Identidad de género: <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer a hombre/Hombre Trans <input type="checkbox"/> Hombre a mujer/Mujer Trans	Raza: (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro _____	Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No hispano
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Separado	Situación laboral: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> No empleado/Desempleado <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Jubilado	Lenguaje primario: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Español; Castellano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Rehusó	Ingreso del hogar: <input type="checkbox"/> 0-\$11,000 <input type="checkbox"/> \$11,001-\$25,000 <input type="checkbox"/> \$25,001-\$35,000 <input type="checkbox"/> \$35,001-\$50,000 <input type="checkbox"/> \$50,000+	

¿Es usted veterano? SÍ NO Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia (amigo/pariente que no vive en la misma dirección) _____ Tel. _____

INFORMACIÓN DEL GARANTE (TUTOR LEGAL SI ES MENOR DE EDAD)

Persona responsable de la cuenta _____ Núm. de licencia de conducir _____
(Nombre, inicial segundo nombre, apellido)

Relación con el paciente _____ Fecha nacimiento _____ Seguro social _____

Dirección postal _____ Teléfono _____

La persona responsable está empleada por _____ Ocupación _____

Dirección de la empresa _____ Teléfono de la empresa _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Por favor proporcione su tarjeta de seguro o médica para que podamos hacer una copia.

Nombre de la compañía de seguros _____ Tel. del seguro. _____

Dirección de la compañía de seguros _____ Nombre del suscriptor _____

Relación con el paciente _____ Fecha nacimiento _____ Núm. de Seguro Social _____

Dirección del suscriptor si es diferente a la del paciente _____

Número de póliza _____ Número de grupo _____

¿Este paciente tiene cobertura con un seguro adicional? Sí No

INFORMACIÓN DEL SEGURO ADICIONAL

Nombre de la compañía de seguros _____ Tel. del seguro _____

Dirección de la compañía de seguros _____ Nombre del suscriptor _____

Relación con el paciente _____ Fecha nacimiento _____ Núm. de Seguro Social _____

Número de póliza _____ Número de grupo _____

ASIGNACIÓN Y DIVULGACIÓN

Certifico que si yo tengo seguro médico (o mi dependiente), asignaré directamente a RKM Primary Care Clinic todos los beneficios de seguro, si los hay, que me pagarían a mí, por los servicios prestados. **Soy financieramente responsable de todos los cargos, los pague el seguro o no.** Por la presente autorizo a RKM Primary Care Clinic a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de la firma en todas las reclamaciones que se presenten al seguro. Se otorga la autorización para divulgar información médica a cualquier médico o entidad a la que se me pueda remitir.

Firma

Relación con el paciente

Fecha

PRIMARY CARE PROVIDERS FOR A HEALTHY FELICIANA

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

Lugar de PCPFHF: _____

NOMBRE DEL PACIENTE CON LETRA DE MOLDE

Fecha de nacimiento

_____ QUIERO INICIAR UNAS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

_____ NO QUIERO INICIAR UNAS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL TESTIGO

FECHA

NOMBRE DEL TESTIGO CON LETRA DE MOLDE

Se le ofreció al paciente las Instrucciones Anticipadas. El paciente rechazó las Instrucciones Anticipadas y se negó a firmar este formulario.

Personal de PCPFHF (con letra de molde)

FECHA

PRIMARY CARE PROVIDERS FOR A HEALTHY FELICIANA

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Nombre del paciente con letra de molde

Fecha de nacimiento del paciente

La ley estatal requiere que Primary Care Providers for a Healthy Feliciano, Inc. (PCPFHF) obtenga su consentimiento para el tratamiento. Al firmar este formulario, autorizo e indico a los proveedores de PCPFHF, Inc. para que traten al paciente mencionado anteriormente.

Entiendo que todas las ubicaciones de PCPFHF pueden participar en uno o más Intercambios de Información Médica (HIE), mediante los cuales PCPFHF, Inc. puede compartir información médica con mis mutuos proveedores de atención médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. La información de exclusión voluntaria está disponible en www.rkmcare.org.

Entiendo que PCPFHF Clinics puede brindar servicios a través de medios electrónicos de Telemedicina. Entiendo que dichos servicios se utilizarán únicamente para proporcionar los servicios necesarios y que los profesionales involucrados respetarán y protegerán el carácter confidencial de las sesiones. También entiendo que si me opongo al uso de cualquier medio electrónico para su uso en el tratamiento, de ninguna manera afectará mi relación con PCPFHF Clinics.

Entiendo que para poder identificar a los pacientes, PCPFHF usa una foto, nombre y fecha de nacimiento. PCPFHF puede escanear una identificación con foto o tomar una foto para ayudar con la correcta identificación del paciente.

Por la presente declaro que he leído y entendido este consentimiento.

Firma del paciente

Fecha

Si el paciente no puede firmar o es menor de edad, yo, el tutor legal o representante autorizado del paciente mencionado anteriormente, he leído y entendido este consentimiento.

Nombre con letra de molde

Relación con el paciente

Firma del tutor legal o pariente

Fecha

PRIMARY CARE PROVIDERS FOR A HEALTHY FELICIANA

AVISO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Nombre del paciente: _____ Fecha nacimiento _____ Fecha del servicio _____

Pacientes:

Como una cortesía para usted, nuestro centro facturará a su plan de seguro los servicios prestados hoy. En caso de que su compañía de seguros niegue el pago por razones ajenas a un error de nuestro centro, usted será el responsable de todos los cargos. Esto podría incluir cargos fuera de la red, servicios sin cobertura, saldos del deducible y cualquier recuperación de pagos debido a la falta de pagos de primas. Si bien es una práctica normal que este centro verifique la cobertura antes de su visita, en última instancia es su responsabilidad saber si su plan no cubre ciertos servicios o proveedores. Algunas consultas pueden demorar hasta 120 días para recibir el pago de una compañía de seguros. Por lo tanto, cualquier cargo denegado podría ser facturado hasta 120 días o más después de su fecha de servicio. Se recomienda que siempre lea las Explicaciones de Beneficios (EOB), recibidas de su seguro luego de que hemos presentado una reclamación en nombre suyo. En la mayoría de los casos, incluirán cualquier saldo que podría llegar a ser facturable a usted. En caso de que incurra en saldos por los motivos anteriores, usted puede solicitar nuestra Escala de Descuentos de Tarifas. Al firmar a continuación, usted acusa recibo y acepta que entiende su responsabilidad financiera. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, consulte con el Gerente del Consultorio.

Nombre del paciente con letra de molde
(Parte responsable si es menor de edad)

Fecha _____

Firma del paciente (Parte responsable si es menor de edad)

Firma del personal de inscripción de PCPFHF

PCPFHF

PRIMARY CARE PROVIDERS FOR A HEALTHY FELICIANA AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

PROPÓSITO: Este formulario, Aviso de Prácticas de Privacidad, presenta la información que la ley federal nos exige que proporcionemos a nuestros pacientes referente a nuestras prácticas de privacidad.

Debemos proporcionar este Aviso a cada paciente comenzando a más tardar en la fecha de nuestra primera prestación de servicios al paciente, incluyendo servicios prestados electrónicamente, después del **23 de septiembre de 2013**, debemos hacer un intento de buena fe para obtener un acuse de recibo por escrito del Aviso de parte del paciente. También debemos tener el Aviso disponible en el consultorio para que los pacientes puedan solicitar llevárselo. Debemos publicar este Aviso en nuestro consultorio en un lugar claro y destacado donde sea razonable esperar que cualquier paciente que busque nuestro servicio pueda leer el Aviso. Cada vez que se revise el Aviso, debemos hacer que el Aviso esté disponible, previa solicitud, en la fecha en que entrará en vigencia la revisión o después de esta fecha, de manera acorde con las instrucciones anteriores. A partir de entonces, debemos distribuir el Aviso a cada nuevo paciente al momento de la prestación de servicios y a cualquier persona que solicite un Aviso. También debemos publicar el Aviso revisado en nuestro consultorio como se discutió anteriormente.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente/tutor

FECHA

Sólo para el uso del consultorio

Intenté obtener la firma del paciente para acusar recibo de este Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no pude hacerlo tal como se documenta a continuación:

Fecha	Iniciales	Razón