



HOJA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(Por favor escriba en letra de molde)

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Nombre **Segundo Nombre** **Apellido** **Sexo:** **Mujer** **Hombre**

Domicilio: _____

Calle **# de Aptartamento** **Ciudad** **Estado** **Codigo Postal**

Número de Seguro Social _ _ _ - _ _ - _ _ _ **Estado civil:** **Casado/a** **Soltero/a** **Viudo/a** **Divoricado/a**

Raza: _____ **Etnicidad:** _____ **Idioma:** _____

Núm. de teléfono de casa: _____ **Núm. de teléfono celular:** _____

Correo Electrónico: _____

Médico familiar: _____ **Núm. de teléfono:** _____

¿Quién lo refirió a nuestra oficina? _____
Nombre del doctor **Número de teléfono**

Contacto de Emergencia: _____ **Número de teléfono:** _____

Relación al Paciente: _____

Nombre de la parte responsable: _____ **Relacion al Paciente:** _____

Domicilio: _____ **Núm. de teléfono:** _____

FAVOR DE LLENAR COMPLETAMENTE LA INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

SEGURO MEDICO PRIMARIO: _____ **Nombre del dueño de la póliza:** _____

Núm. de Identificación: _____ **Núm. de Grupo:** _____ **Relación al Paciente:** _____

Núm. de Seguro Social del dueño de la póliza: _____

SEGURO MEDICO SECUNDARIO: _____ **Nombre del dueño de la póliza:** _____

Núm. de Identificación: _____ **Núm. de Grupo:** _____ **Relación al Paciente:** _____

Núm. de Seguro Social del dueño de la póliza: _____

Medicamento Actual:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Es usted alérgico a algún medicamento? **Si** **No**

Por favor haga una lista de los medicamentos a los que usted es alérgico con su reacción:

Medicamento:

Reacción:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Si tiene alguna condición médica, enlistelas a continuación:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Estatura: _____

Peso: _____

Presión: _____ / _____

Temperatura: _____

¿Es usted paciente de cuidados paliativos? **Si** **No**

AUTORIZO A PRECISION SURGERY A DAR CUALQUIER INFORMACIÓN NECESARIA PARA PROCESAR ESTE RECLAMO. SOLICITO EL PAGO DE BENEFICIOS GUBERNAMENTALES SEA A MI O A LA PARTE QUE ACEPTE LA ASIGNACIÓN POR ESTE RECLAMO. AUTORIZO EL PAGO DE BENEFICIOS MÉDICOS A PRECISION SURGERY POR SERVICIOS RECIBIDOS Y ME DOY CUENTA DE QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR LOS SERVICIOS NO CUBIERTOS.

FIRMA DEL PACIENTE O PARTE RESPONSABLE

FECHA

CONSENTIMIENTO PARA USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA FINES SOLICITADA POR EL MÉDICO

YO DOY PERMISO A PRECISION SURGERY QUE USE MI INFORMACIÓN, Y/O QUE DIVULGUE MI INFORMACIÓN A CUALQUIER DEUDOR DE TERCERA PARTE, O A CUALQUIER PARTE ENVUELTA EN MI CUIDADO.

ENTIENDO QUE HAY UN AVISO SOBRE MI PRIVACIDAD DISPONIBLE EN EL ÁREA DE RECEPCIÓN PARA LEER.

ESTE CONSENTIMIENTO ESTARÁ EN PLENA FUERZA MIENTRAS SEA PACIENTE EN ESTA PRÁCTICA.

ENTIENDO QUE TENGO EL DERECHO DE REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO, POR ESCRITO, EN CUALQUIER MOMENTO, ENVIANDO DICHA NOTIFICACIÓN A MI MÉDICO EN ESTA PRÁCTICA.

TAMBIEN TENGO ENTENDIDO QUE TENGO EL DERECHO A:

- INSPECCIONAR O COPIAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA QUE SE USE O SE DIVULGUE COMO PERMITIDO POR LA LEY FEDERAL (O LA LEY DEL ESTADO A LA MEDIDA QUE LA LEY DEL ESTADO CONCEDA MAYOR DERECHOS DE ACCESO).
- RECHAZAR A FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO.

FIRMA DEL PACIENTE, GUARDIAN O REPRESENTANTE PERSONAL

FECHA



CONVENIO FINANCIERO

DEBE PAGAR AL TIEMPO DE RECIBIR LOS SERVICIOS MÉDICOS AL MENOS QUE OTROS ARREGLOS SE HAYAN HECHO CON EL ADMINISTRADOR DE LA PRÁCTICA.

COMO CORTESÍA MANDAMOS LA FACTURA A LA MAYORÍA DE LOS PLANES DE ASEGURANZA. NO OBSTANTE, ES SU RESPONSABILIDAD ENTENDER SU PLAN DE BENEFICIOS (POR EJEMPLO MÁXIMOS, EXCLUSIÓN DE BENEFICIOS, PLAN DE LIMITACIÓN, DEDUCIBLES, CO-SEGURO, PRE-EXISTENTE, ETC.) POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE ESTIMAREMOS SU BENEFICIO DE SEGURO MÉDICO CUANDO SEA POSIBLE. USTED SERÁ RESPONSABLE POR CUALQUIER CANTIDAD QUE SU SEGURO NO CUBRA.

_____ (INICIALES)

EL PERSONAL DE PRECISION SURGERY HACE TODO LO POSIBLE PARA ASEGURARSE DE QUE SI NECESITA UNA REFERENCIA O AUTORIZACIÓN PREVIA DE SU COMPAÑIA DE SEGURO LE NOTIFIQUEMOS. SIN EMBARGO, COMO EL PACIENTE, ES SU REponsabilidad PROVEER UNA REFERENCIA O AUTORIZACIÓN PREVIA ACTUALIZADA A NUESTRA OFICINA AL TIEMPO DE PRESTAR LOS SERVICIOS PARA EVITAR QUE SE LE COBRE POR LOS SERVICIOS.

_____ (INICIALES)

RESERVAMOS TIEMPO PARA CADA PACIENTE. HABRÁ UNA COBRO DE \$75.00 SUMADA A SU CUENTA SI NO SE PRESENTA A SU CITA. TAMBIÉN HABRÁ UNA CUOTA DE \$350.00 SUMADA A SU CUENTA SI NO SE PRESENTA A SU CITA DE OPERACIÓN.

_____ (INICIALES)

TODAS LAS PARTES DEL PACIENTE DEBEN SER PAGADAS AL MOMENTO DE LOS SERVICIOS. EN CASO DE QUE ESTEMOS COBRANDO A SU SEGURO, ES PROBABLE QUE LE MANDEMOS UNA DECLARACIÓN CON LA PORCIÓN RESTANTE QUE DEBE PAGAR AL MOMENTO QUE LA RECIBA.

_____ (INICIALES)

EN EL CASO DE QUE SU CUENTA SEA MANDADA A COLECCIONES, UN RECARGO DE 25% SERÁ SUMADO AL BALANCE.

_____ (INICIALES)

FIRMA DEL PACIENTE, GUARDIAN O PARTE RESPONSABLE

FECHA