

REGISTRO DE PACIENTES

PACIENTE	Paciente/Parte responsable - si es diferente
Apellido legal	
Primer, Segundo nombre	
Apodo	
SSN	
Fecha de nacimiento	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Asiático
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> viuda/o	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico
Idioma Preferido: _____	<input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Otro
Origen Étnico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	
Dirección	
Apt / Bldg / Suite #	
Ciudad / Estado / Código	
Teléfono de Casa	
Teléfono de Trabajo	
Teléfono Móvil	
Correo Electrónico	
Nombre del Empleador	
Dirección	
Ciudad /Estado /Código Postal	
Contacto de Emergencia	¿Cómo se enteró de nosotros?
Nombre	<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Condujo por aquí
Relación	<input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Compañero de trabajo
Teléfono de Casa	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro
Teléfono de Trabajo	<input type="checkbox"/> Médico _____
Teléfono Móvil	Nombre _____

	Seguro primario	Seguro secundario
Compañía de seguro		
Nombre del titular primario		
Fecha de nacimiento		
Sexo del titular primario <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

Autorización, Asignación de Beneficios y Referencia Médica

Por la presente autorizo la divulgación de información médica, incluyendo registros médicos completos, resultados de pruebas y la información de facturación a mi compañía de seguros, así como a otros profesionales de la medicina y las instituciones de atención médica que puede ser canalizado a un tratamiento. Entiendo que esta información será utilizada para revisar, investigar o realizar el pago de una reclamación y de revisar los registros para las iniciativas de mejora de la calidad, el cumplimiento de la auditoría, administración de utilización y resolución de quejas. Yo autorizo el pago directamente a *Family Medicine Associates of Alexandria* y *Loudoun Medical Group* para todos los beneficios médicos de otro modo pagadero a mí bajo los términos de mi seguro. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los copagos, coaseguro, deducibles y servicios no cubiertos. Una fotocopia de esta autorización será considerada tan eficaz y tan válida como el original.

Firma: _____ Fecha: _____

Formulario de Consentimiento del Paciente

Autorización para divulgar información a los miembros de la familia

Muchos de nuestros pacientes permiten a los miembros de la familia, como su cónyuge, padres o terceros para llamar y pedir los resultados de las pruebas y procedimientos. En virtud de los requisitos para H.I.P.A.A. no se nos permite dar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Si usted desea que su información sea divulgada a miembros de la familia, debe firmar este formulario. La firma de este formulario sólo dará su consentimiento para divulgar información a los miembros de la familia que se indican a continuación.

Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, salvo que ya hayamos expuesto la información en confianza en su previo consentimiento.

Autorizo a *Family Medicine Associates of Alexandria* a dar a conocer mi información médica a las siguientes personas:

1. _____

Relación al paciente: _____

2. _____

Relación al paciente: _____

3. _____

Relación al paciente: _____

Autorización para dejar mensajes con miembros del hogar / Contestador automático / correo de voz / correo electrónico

Con frecuencia es necesario que el personal de *Family Medicine Associates of Alexandria* deje mensajes para los pacientes. Los efectos de estos mensajes es para recordar a los pacientes que tienen una cita, para notificar al paciente que el personal médico le gustaría discutir laboratorio, patología, los medicamentos o los resultados del procedimiento, o para pedir al paciente que llame a *Family Medicine Associates of Alexandria* en relación con un problema o inquietud. En ningún momento un representante de *Family Medicine Associates of Alexandria* discutirá sus circunstancias o condiciones médicas sin su consentimiento. El propósito de este consentimiento es dejar mensajes con miembros de su hogar o en su contestador automático, correo de voz, o correo electrónico. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, salvo que ya hayamos expuesto la información en confianza en su consentimiento previo.

Póliza para cancelar citas en 24 horas

Family Medicine Associates of Alexandria tiene una póliza de cancelación / reprogramación de 24 horas.

Si se olvida de su cita, o desea cancelar o cambiar su cita con menos de 24 horas, se le cobrará \$35.00. Por favor, póngase en contacto con nuestra oficina, disponible 24 horas al día.

Esta póliza está en su lugar por respeto a nuestros proveedores y nuestros pacientes. Las cancelaciones realizadas con menos de 24 horas son difíciles de llenar. Al dar aviso a último minuto o sin previo aviso, se evita que alguien sea capaz de programar en ese intervalo de tiempo.

	PACIENTE	Paciente/Parte responsable - si es diferente
Apellido legal		
Primer, Segundo nomb.		
Fecha de nacimiento		

Firma de paciente/ Tutor: _____ Fecha: _____