



Información del paciente

Fecha: _____

Demografía Del Paciente:

Nombre del paciente: Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: ___ Apellido: _____

SS # _____ Fecha De Nacimiento: _____ sexo: M F

Dirección: _____ Apt # _____ Ciudad: _____
Estado: ___ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Cell _____

Trabajo: _____

Correo Electronico (requerido para el tener acceso del portal del paciente)

Estado civil: soltero/a casado/a divorciado/a viudo/a separado/a Pareja de Por Vida

Raza: blanco negro/africano americano Asiático Indio Americano/nativo de Alaska Nativo hawaiano/isleño del Pacífico declinado

Etnicidad: not Hispanic/Latino Hispanic/Latino declinado

Idioma preferido: Ingles _____ Español _____

Mejor método de contacto: Casa celular trabajo correo electrónico En aceptar uno de estos métodos de contacto, Acepto recibir correspondencia de esta clinica de FLM

Estatus de empleo: tiempo completo tiempo parcial desempleado/a estudiante discapacitado/a empleador jubilado/escuela: _____

Partido responsable financieramente

- Igual que la información del paciente (si diferente, por favor complete la sección abajo)

Primer Nombre: _____ Inicial del segundo Nombre: _____
Apellido: _____

Relación: padre/madre tutor otro (por favor Especifique): _____

Dirección: _____ Apartamento # _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codeco Postal: _____

Teléfono: Casa: _____ Cell _____

Trabajo: _____

Dirección de correo electrónico _____

Empleador: _____

Notificación de emergencia

Nombre: _____ Relación a Paciente: _____

Teléfono: Casa _____ Cell: _____

Trabajo: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono: Casa _____ Numero de Trabajo: _____

Quien lo referio a esta Clinica?

Amigo/miembro de la familia compañía de seguros Periodico _____

revista _____

Pagina de Web sitio web de práctica Otro médico/proveedor _____ Otra clase de referencia _____

Autorización opcional para la divulgación de la información médica a otros

- o No divulgar información

Autorizo Vida familiar médica y sus representantes para utilizar la información adicional de contacto listada abajo para discutir o divulgar la información sobre cualquier asunto relacionado con mis citas, información de facturación y/o atención médica. Esta autorización permanecerá vigente hasta que proporcione notificación a Family Life Medical, de cambios o actualización. Autorizo Family Life Meical para usar la información adicional de contacto listada abajo para discutir o divulgar información sobre cualquier asunto relacionado con mis citas, seguro, información de facturación, resultados de prueba y/o atención médica.

Nombre _____ Relación _____

Teléfono _____

Puede divulgar la siguiente información a la persona mencionada arriba: citas información de facturación atención médica dejar mensaje

Nombre _____ Relación _____

Teléfono _____

Puede divulgar la siguiente información a la persona mencionada arriba: citas información de facturación atención médica dejar mensaje

Por favor proporcione una copia de todas las tarjetas de seguro y una licencia de conducir/identificación con foto

Se le pedirá que presente su tarjeta (s) de seguro en cada visita para que podamos confirmar que toda la información en nuestros archivos permanece actualizada.

Información del seguro

Seguro primario _____

Numero de Identificación _____

Numero de Grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: relación _____ (círculo uno) uno mismo cónyuge padre otro _____

Fecha De Nacimiento _____ Empleo del sostenedor de la política
SS # _____

Seguro secundario _____ ID: _____

Grupo _____

Nombre del titular de la póliza: _____ relación (círculo uno) uno mismo cónyuge padre otro _____ Fecha de Nacimiento _____

Empleador del sostenedor de la política _____

SS # _____

Recarga de medicamentos

Favor de Llamar a la oficina, o póngase en contacto con nosotros a través del portal del paciente, para recambios de medicamentos.

Las autorizaciones de recarga pueden requerir 48-72 horas. Por favor, deje tiempo suficiente para que nosotros procesemos su solicitud de recarga. Iniciales _____

Nombre De La Farmacia _____

Dirección o Calle _____

Prácticas de privacidad

Nuestra oficina, médicos y personal, están comprometidos a asegurar la privacidad de su información de salud. Estamos poniendo a su disposición una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad.

Firma _____ Fecha _____

Directrices financieras y de pago

Aviso: nuestra oficina hace No presentar reclamos de seguro de auto para visitas relacionadas con accidentes automovilísticos.

El pago se vence en el momento del servicio. Esto incluye todos los copagos, deducibles y coseguro. Si su compañía de seguros requiere una remisión, es responsabilidad del paciente (o garante) para obtener la referencia previa a su cita.

- Entiendo que en el caso de que no cancele mi nombramiento dentro de las 24 horas de la cita programada, la clínica puede cobrar una cuota de cancelación de \$25.00.
- Autorizo el pago directo de mis beneficios de seguro a Family Life Medical por servicios prestados a mí mismo o a dependientes.
- El seguro será presentado por los servicios prestados. Cualquier cargo por servicios no cubiertos por el seguro será responsabilidad del paciente o su tutor.
- Entiendo que es mi responsabilidad conocer mis beneficios de seguro y si los servicios prestados son beneficios cubiertos.
- El paciente o tutor es responsable de notificar a nuestra oficina cualquier cambio en la demografía o información de seguros y facturación.
- Los servicios de red no pagados por la compañía de seguros de salud serán responsabilidad del paciente o de su tutor.
- La clínica Family Life Medical o su agente autorizado proporcionará la información médica a la compañía de seguros según lo requerido para el pago de las demandas para los servicios rendered.

Laboratorio/radiografía/servicios de diagnóstico:

- Entiendo que puedo recibir una cuenta separada si mi atención médica incluye laboratorio, rayos x u otros servicios de diagnóstico. Además, entiendo que soy responsable financieramente de cualquier copago, deducibles y co-seguro adecuado por los servicios que se aigan usado o no reembolsados por mi seguro.
- Autorizo el lanzamiento de todos los expedientes médicos a los especialistas y/o a los médicos que consultan si es aplicable a mi cuidado y condición.

Consentimiento para el tratamiento, liberación de información, autorización y asignación de beneficios

- Consiento el tratamiento necesario para el cuidado que ha sido discutido y dirigido por el proveedor.
- Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí para que libere a la administración del seguro social, la administración de financiamiento de atención de salud, sus intermediarios, sus transportistas, o cualquier otra compañía de seguros cualquier información necesaria para este o cualquier otra reclamación relacionada que se procese. Puedo permitir que una copia de esta autorización sea utilizada en lugar del original y solicite el pago de los beneficios del seguro médico, ya sea para mí o para la parte que acepta la asignación.

- Me entienda que es obligatorio notificar al proveedor de atención médica de cualquier parte que pueda ser responsable de pagar por mi tratamiento.
- Además autorizo y solicito que los pagos del seguro sean dirigidos a la Clínica Family Life Medical
- He leído, y entiendo completamente y estoy de acuerdo con los cargos antedichas del repuesio del medicamento, la declaración de la responsabilidad financiera, los cargos del pago, el consentimiento para el tratamiento y la liberación de médico autorización de información y seguros. También Certifico que toda la información proporcionada es completa y precisa.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Autorización para tratar a un menor de edad (edades 0-18)

_____ no aplicable (paciente adulto)

Si hay circunstancias en las que no puedo llevar a mi hijo a la oficina para su evaluación y tratamiento, doy mi permiso y autorización para las siguientes personas (mayores de 18 años) para obtener atención médica para mi hijo. También autorizo a los proveedores de Family Life Medical para discutir o revelar información sobre cualquier asunto relacionado con la cita de mi hijo, seguro, resultados de prueba o atención médica a los que se enumeran a continuación. Esta autorización permanecerá en vigencia hasta que proporcione notificación por escrito a la vida familiar médica de cambios o actualización. Autorizo a Family Life Medical a usar la información adicional de contacto listada abajo para discutir o revelar información sobre cualquier asunto relacionado con mis citas, seguro, información de facturación, resultados de pruebas y/o atención médica.

Nombre _____ Relación _____

Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____

Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____

Teléfono _____

Autorización de intercambio de información de salud

Family Life Medical participa en intercambios de información de salud según se describe en los recursos de salud de Texas (nombre médico/clínica/facilidad) Intercambio de información de salud documento de preguntas frecuentes del paciente que puede ser revisado en cualquier momento.

Un intercambio de información sobre la salud (HIE) es una organización que supervisa y gobierna el intercambio de información relacionada con la salud entre las organizaciones de acuerdo con las normas reconocidas a nivel nacional. Un intercambio de información de salud es un sistema electrónico de información médica que almacena la información de salud de los pacientes de múltiples proveedores de atención médica que participan en el HIEs. Permite a sus otros proveedores de atención médica ver su información de salud pasada para atención continua y otros usos incluidos en el Aviso de prácticas de privacidad del proveedor. Su información será almacenada dentro del sistema HIE, pero no será visible o podrá ser utilizada por los proveedores a menos que usted opte por participar.

Entiendo que mis expedientes médicos son confidenciales y no pueden ser revelados sin mi autorización escrita excepto cuando de otra manera permitido o requerido por la ley. Entiendo que mi información médica puede incluir información sobre enfermedades transmisibles incluyendo el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de deficiencia inmune adquirida (SIDA), registros relacionados con el tratamiento de salud mental y abuso de alcohol y sustancias diagnosis o tratamiento, y autorizo la divulgación de esa información como parte de mi expediente médico. Los proveedores intentarán excluir la información de salud mental claramente identificada y el abuso de sustancias de la HIEs, sin embargo se puede incluir alguna información.

Autorizo al proveedor anterior a revelar mi información médica descrita arriba a la HIEs en la cual FLM participa. La información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a la redivulgación por otros proveedores y tal información ya no puede ser protegida.

Entiendo que el tratamiento o el pago no pueden ser condicionados en mi firma de esta autorización. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado la decisión de depender de esta autorización. Puedo presentar una solicitud de revocación al proveedor anterior para su procesamiento. Esta autorización permanecerá en vigencia indefinidamente, a menos que yo la revoque por escrito.

El HIE no puede manejar restricciones en la divulgación de su información médica. Una restricción es una petición del paciente de no revelar cierta información a ciertas personas o compañías. Si la restricción es o fue acordada por nosotros u otros proveedores de salud de HIE participantes, entonces usted debe elegir el opt-out de la HIE Para Proteja su restricción. Esto debe hacerse en cada proveedor de HIE participante que usted visite. Autorizo la divulgación de mi información médica a los intercambios de información de salud en los que FLM participa: Si _____ No _____

Reconocimiento:

Yo, el/la firmante, certifico que he leído y entiendo completamente la información en este formulario de autorización de intercambio de información de salud. Entiendo que si necesito cambiar cualquier información que he proporcionado en este formulario, voy a notificar a un miembro del personal con prontitud.

Imprimir nombre del paciente fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente o representante autorizado _____

Relación con el paciente _____ Fecha_

Un "representante legalmente autorizado" es; 1) un tutor legal, 2) un agente autorizado en un poder médico o una directiva a los médicos, 3) un abogado designado por un tribunal, 4) un abogado retenido por el paciente o el representante legalmente autorizado del paciente, 5) un padre o tutor legal o un menor , o 6) una persona autorizada bajo la ley de consentimiento de Texas para el tratamiento médico: el cónyuge del paciente, hijo adulto, un padre del paciente adulto, una persona claramente identificada antes de la incapacidad para actuar para el paciente, el pariente vivo más cercano, o un miembro de la clero. La evidencia escrita del estatus de representante legalmente autorizado debe ser presentada a la clínica antes de la publicación de cualquier información.