

Patient Registration Form (eCW)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(Por favor escriba)

Dr. Sr. Sra. Srta.

Nombre del Paciente (Apellido) (Nombre) (Inicial) Nombre previo

Dirección

Ciudad, Estado Código Postal

Número de Teléfono Número Móvil. Numero de Trabajo Ext.

Proveedor Primario (PCP) Proveedor que lo Recomienda

Nombre del proveedor de la prestación (esta práctica) Correo Electrónico:

Fecha de Nacimiento Mes /Dia /Año Sexo F - Femenino M - Masculino Transgénero

Raza indio americano o nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Negro o afro-Americanos

Blanco Declinó

Origen Étnico Hispano o Latino No Hispano o Latino Declinó

Lenguaje Ingles Español Hindú Japonés Chino Coreano Francés Alemán Ruso Otro

Estado Civil Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a) Legalmente Otro

Número de Seguro Social Nombre del Empleador

Situación laboral 1 - Tiempo completo 2 -Ttiempo parcial 3 - Sin empleo 4 - Cuenta propia 5 - Jubilado 6 - Militar Activo

Estudiante F- Estudiante de tiempo completo P - Estudiante de tiempo parcial N - No es un estudiante

Contacto de Emergencia Apellido Nombre

Número de Teléfono ¿Tiene usted un testamento en vida? Si No

Parentesco del contacto de emergencia al paciente Guardián

Dirección

Ciudad, Estado Código Postal

Número de Teléfono Numero de Trabajo Ext.

Nombre del Proveedor que lo Recomienda

INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA RESPONSABLE (información se utilizara para las declaraciones de balance del paciente)

Persona Responsable Otro Paciente Garante Yo Marque aquí si la información es igual a del paciente

Nombre de la Persona Responsable (Apellido) (Nombre) (Inicial)

Número de cuenta del garante Fecha de Nacimiento Mes /Dia / Año

Número de Seguro Social Teléfono

Correo Electrónico Sexo F - Femenino M - Masculino

Dirección

Ciudad, Estado Código Postal

Empleador Numero de Trabajo

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO (proporcionar su tarjeta de seguro medico al momento de anunciarse)

Compañía Aseguradora / Número de teléfono ()

Nombre del Asegurado(a) Relación del paciente con el asegurado

Numero ID (número de póliza) Numero ID del Grupo Cantidad de co-pago

Fecha de vigencia Fecha de vencimiento Fecha de Nacimiento Mes /Dia / Año

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIA (proporcionar su tarjeta de seguro medico al momento de anunciarse)

Compañía Aseguradora/ Número de teléfono ()

Nombre del Asegurado(a) Relación del paciente con el asegurado

Numero ID (número de póliza) Numero ID del Grupo Cantidad de co-pago

Fecha de vigencia Fecha de vencimiento Fecha de Nacimiento Mes /Dia Año

De acuerdo a mi mejor conocimiento, la información proporcionada en este formulario es correcta y esta actualizada.

Paciente (o Responsable) Firma Fecha

Surgical Specialist of Clear Lake Formulario de HIPAA Consentimiento para el paciente

Nombre del
paciente: _____
Fecha de
nacimiento: _____

Acuse de recibo de notificación de prácticas de privacidad

_____ (Iniciales del paciente) Acuso recibo de la Notificación de prácticas de privacidad de Surgical Specialist of Clear Lake que describe las maneras en que la clínica puede usar y divulgar mi información de salud para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos y divulgaciones descritas y permitidas. Comprendo que puedo comunicarme con el Funcionario de Privacidad designado en la notificación si tengo alguna pregunta o queja. En la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información con los fines descritos en la Notificación de prácticas de privacidad. Entiendo que esta información puede ser revelada por vía electrónica por el proveedor y / o socios de negocios del proveedor.

Divulgación de información _____ (Iniciales del paciente) Autorizo a la clínica y a los médicos u otros profesionales de atención médica que participen en mi cuidado como paciente internado o ambulatorio para que divulguen información sobre la atención médica con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

- La información sobre la atención médica relacionada con una admisión previa a otros centros afiliados a HCA puede ponerse a disposición de centros de admisión afiliados a HCA en el futuro para coordinar la atención del paciente con fines de administración de casos. La información de atención médica se puede divulgar a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del paciente con el fin de verificar la cobertura o preguntas de pago, o para cualquier otro fin relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también se puede divulgar a la persona designada por mi empleador cuando los servicios prestados se relacionan con un reclamo de indemnización por accidentes laborales.
- Si cuento con cobertura de Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de la información de atención médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o proveedores para el pago de un reclamo de Medicare o a la agencia estatal adecuada para el pago de un reclamo de Medicaid. Esta información puede incluir, aunque no en forma restrictiva, historias clínicas, exámenes físicos, registros del departamento de emergencias, informes de laboratorio, informes quirúrgicos, notas de progreso del médico, notas de la enfermera, consultas, informes psicológicos o psiquiátricos, tratamiento por abuso de drogas y alcohol, y resumen del alta.
- Las leyes federales y estatales pueden permitirle a este establecimiento participar en organizaciones con otros proveedores de atención médica, compañías de seguro u otros participantes del sector de la atención médica y sus subcontratistas para que estas personas y entidades compartan mi información de salud entre sí a fin de alcanzar sus metas, que pueden incluir, entre otras: mejorar la exactitud y aumentar la disponibilidad de mis registros de salud; reducir el tiempo necesario para tener acceso a mi información; agregar y comparar mi información para mejorar la calidad; y otros fines permitidos por la ley. Comprendo que este establecimiento puede ser miembro de una o más de estas organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información relacionada con afecciones psicológicas, siquiátricas y de discapacidades intelectuales, información genética, afecciones de dependencia química o enfermedades infecciosas que incluyen, aunque no en forma restrictiva, enfermedades que se transmiten por la sangre, como la hepatitis, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Divulgaciones a amigos o familiares

¿QUIERES PARA DESIGNAR UN FAMILIAR O DE OTRA PERSONA CON QUIEN EL PROVEEDOR PUEDE DISCUTIR SU CONDICIÓN MÉDICA? SI ES ASÍ, ¿QUE?" Doy permiso para que mi información médica protegida sea divulgada con fines de comunicar resultados, hallazgos y decisiones sobre mi cuidado a los familiares y otras personas mencionados a continuación:

	Nombre	Relación	Número de Teléfono
1:			
2:			
3:			

El paciente puede revocar o modificar esta autorización específica y que la revocación o modificación debe ser por escrito.

Consentimiento para el uso de correo electrónico o texto para recordatorios de citas, y otras formas de comunicación de atención médica:

Nos podemos comunicar con los pacientes de nuestro consultorio por correo electrónico y mensajes de texto para recordarles sus citas, y Para obtener información sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica, y para la salud general y recordatorios / información.

Si en algún momento proporciono una dirección de correo electrónico o mensaje de texto en la que se pueden comunicar conmigo, acepto recibir recordatorios de citas y para obtener información sobre su experiencia/otras comunicaciones/información de atención médica en esa dirección de correo electrónico o mensaje de texto del consultorio.

_____ (iniciales del paciente) Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto del consultorio en mi teléfono celular y a todo número reenviado o transferido a ese número, o correos electrónicos para recibir recordatorios de citas. Entiendo que esta solicitud para recibir correos electrónicos y mensajes de texto regirá para todos los recordatorios de citas/información de salud en el futuro, a menos que solicite un cambio por escrito (consulte la sección de revocación a continuación).

El número de teléfono celular que autorizo para recibir mensajes de texto sobre recordatorios de citas y recordatorios/información de salud general es el _____.

El correo electrónico que autorizo para recibir mensajes de correo electrónico con recordatorios de citas y recordatorios/información de salud general es _____.

La clínica no cobra por este servicio, pero pueden aplicarse cargos de mensajería de texto estándar de acuerdo con su plan de telefonía (póngase en contacto con su proveedor del servicio para obtener precios de planes y detalles).

Revocación

Por la presente, revoco mi solicitud de comunicaciones por correo electrónico o textos en el futuro.

___ Por la presente, revoco mi solicitud de recibir todo recordatorio en el futuro de citas y para obtener información sobre su experiencia y otras formas de comunicación de atención médica mediante mensajes de texto.

___ Por la presente, revoco mi solicitud de recibir todo recordatorio en el futuro de citas y para obtener información sobre su experiencia y otras formas de comunicación de atención médica por correo electrónico.

IMPORTANTE: Esta revocación se aplica únicamente a las comunicaciones de este consultorio.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente/representante del paciente: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Photography Consent. El consentimiento para fotografiar y otra grabación para la Seguridad y / o servicios de cuidado médico _____ (Iniciales del Paciente) que autoriza la utilización de fotografías, videos, grabaciones digitales o audio, y / o imágenes de los que me están grabando por razones de seguridad y / o propósitos de operaciones de cuidado de la salud de la práctica (por ejemplo, las actividades de mejora de la calidad). Entiendo que el centro mantiene los derechos de propiedad de las imágenes y / o grabaciones. Se me permitirá solicitar acceso o copias de las imágenes y / o grabaciones cuando tecnológicamente factible a menos que esté prohibido por ley. Entiendo que estas imágenes y / o grabaciones se almacenan de forma segura y protegida. Imágenes y / o grabaciones en las que me siento identificado no se dará a conocer y / o utilizados sin autorización escrita de mí o de mi representante legal a menos que sea para operaciones de atención de la salud el tratamiento, pago u o no permitido o requerido por la ley.

_____ (Iniciales del paciente) No doy mi consentimiento para fotografías, videos, grabaciones digitales o audio, y / o imágenes de los que me están grabando por razones de seguridad y / o propósitos de operaciones de cuidado de la salud de la práctica (por ejemplo, las actividades de mejora de la calidad).

Firma (signature) _____ Fecha (Date) _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (DOB): _____