

Acct #: _____

Informacion Actual del Paciente 2021

Date: _____

Información del paciente:

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Numero de casa: _____ Numero de trabajo: _____

Numero de celular: _____ (requerido para recibir mensajes recordatorios)

Correo electrónico: _____

Estado de relación: ___Casado(a) ___Solero(a) ___Divorciado(a) ___Viudo(a) ___Otro:

Farmacia de preferencia: _____ Ubicación: _____ Numero: _____

Contacto de emergencia: _____ Numero: _____ Relación: _____

Información de seguro medico:

Compañía de seguro: _____ ID #: _____ Numero de grupo: _____

Dirección de Seguro: _____

Información del poseedor de seguro:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección (si es diferente): _____

Responsabilidad Financiera

Por cortesía, Rocky Run Family Medicine enviamos reclamos al seguro primario y en muchos casos, al seguro secundario. **No** mandamos reclamos a seguros de auto por accidentes automovilísticos. Si tiene una visita debido a compensación del trabajo, favor de proveernos con información de la compañía para que su visita al consultorio **no sea** mandada a su propio seguro.

Ha sido nuestra póliza desde el 2006 que, al perder, cancelar o cambiar una cita entre 24 horas, están sujeto a cargos adicionales. Una copia de nuestra póliza completa está disponible al pedido.

Es fraude de falsificar o infórmalos mal de su policia de seguro o tarjeta de seguro.

Yo certifico que toda la información anterior es correcta y al día. _____

Yo entiendo que copagos, coseguros, deducibles, y cargos rechazados son mi responsabilidad. _____

Yo entiendo la póliza por perder, cancelar, cambiar, y llegar tarde a una cita. _____

Nombre de paciente/ Firma: _____ Fecha: _____

AUTORIZACION PARA INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

Esta autorización concede permiso para los partidos nombrados abajo que: tengan acceso a información médica, resultados de laboratorio, resultados de exámenes, y comunicación por teléfono; recoger medicamentos, referencias, y notas; tener conocimiento de mi diagnóstico, pronóstico, y plan de tratamiento; y tener acceso a mi información financiera.

Yo entiendo que esta autorización es voluntaria.

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo doy solicitud y autoridad a _____ Rocky Run Family Medicine _____ para dar información de salud del paciente nombrado arriba:

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Numero privado donde mensajes de voz se pueden dejar: _____

Marque aquí si no autoriza a alguien a tener acceso a su información

Yo entiendo que esta autorización (marque uno):

- Expira un año de la fecha firmada por el paciente
- Sea efectivo por toda la vida del paciente a menos que se revoque en escritura
- Sea efectivo hasta _____

Esta solicitud y autorización aplica a:

Información de salud pertinente al siguiente tratamiento, condición, o fechas:

Toda información de salud (excepto como se indica abajo)

Otro: _____

Definición: Enfermedades de transmisión sexual (STD) es definido por ley, RCW 70.24 et seq., incluye herpes, herpes simple, virus del papiloma humano, verruga, verruga genital, condiloma, clamidia, uretritis no especifica, sífilis, laboratorio de investigación de enfermedades venereas (VDRL), cancroide, linfogranuloma venereuem, VIH (virus de inmunodeficiencia humana), SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), y gonorrea.

Si No Yo autorizo la solicitud de mis resultados con información de enfermedades de transmisión sexual (STD), examenes VIH/SIDA, sean negativos o positivos a la persona (s) mencionada anteriormente.

Si No Yo autorizo la solicitud de cualquier archivo respecto drogas, alcohol, o tratamiento de salud mental a las personas mencionadas anteriormente.

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

Forma de consentimiento a HIPAA

Yo entiendo que, como parte de mi cuidado de salud, Rocky Run Family Medicine se mantiene archivos de salud describiendo historial de salud, síntomas, examinación y resultados de examen, diagnósticos tratamiento y cualquier plan y cuidado y tratamiento en el futuro. También entiendo que esta información sirve como:

- Un basis en planificación de mi cuidado y tratamiento
- Un medio de comunicación entre los proveedores que aportan a mi cuidado
- Fuente de información en aplicando mi información de cirugía y diagnósticos
- Un medio en la cual un pagador de partida tercera puedo verificar los servicios cobrados realmente fueron proveídos
- Una herramienta para operaciones de cuidado de salud rutinas, como teniendo acceso a calidad y revisando competencia

Yo entiendo que tengo acceso a un aviso de prácticas de privacidad de HIPPA que dispone una descripción más completa de usos de información y revelaciones. Entiendo que tengo derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Yo entiendo que la práctica tiene derecho a cambiar el aviso y prácticas. También entiendo que tengo el derecho en restringir como mi información de salud personal sea usada o revelada para implementar tratamiento, pagos, operaciones de cuidado de salud, y que la práctica es obligada a estar de acuerdo con las restricciones pedidas. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito. Cualquier paciente, guardián, o representante personal tiene el derecho a pedir que reciben comunicación confidencial de mi información de salud personal. Dichas solicitudes deben estar en escritura y la práctica debe acomodar solicitudes razonables.

Con mi consentimiento, Rocky Run Family Medicine puede mandar correo a mi hogar o otra ubicación designada cualquier recordatorio de cita u otras correspondencias marcadas personales y confidenciales que asistan la practica en llevar a cabo tratamiento, pagos, y operaciones de cuidado de salud.

Firmando esta forma, estoy dando mi consentimiento a Rocky Run Family Medicine para usar y revelar mi información privada de salud para implementar tratamiento, pagos, y operaciones de cuidado de salud.

Yo puedo revocar mi consentimiento en escritura.

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____