



INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido _____ Nombre _____
Fecha de Nacimiento _____ Número de seguro social _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____ Número de celular: _____
Dirección de correo electrónico: _____
¿Tiene alguna alergia? _____

INFORMACION DE LA FARMACIA

Nombre de la farmacia: _____ TEL: _____ FAX: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre Completo: _____
Teléfono: _____ Relación con el paciente _____

INFORMACION DE QUIEN ES RESPONSABLE DEL PAGO (si es diferente al paciente)

Relación con el paciente. Marque el que corresponda:

Madre: _____ Padre _____ Custodio legal _____ Otro _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número Seguro Social _____

Dirección de residencia: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal: _____

Teléfono _____ Teléfono de oficina: _____

Dirección de correo electrónico: _____



INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

Nombre del Seguro Médico (a seguridad) _____

Numero de Póliza: _____

Dirección: _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono: _____

Yo, autorizo cualquier tratamiento o procedimiento médico, que sea necesario para el cuidado médico de mi hijo/a que sea requerido por el profesional de la salud de *Children's Cardiovascular Medicine & Family Preventive Medicine*.

Nombre del paciente: _____

Firma _____

Fecha _____

**Políticas de Financiamiento
Children's Cardiovascular Medicine & Family Preventive Medicine**

Seguro Médico (aseguranza)

Los \$225.00 deberán ser cancelados el día de la visita. Como cortesía mandaremos el cobro de esta visita a su seguro médico; si su seguro médico pagara por ella, el dinero se le devolverá a usted en su totalidad.

_____ **Por favor ponga sus iniciales aceptando que leyó y está de acuerdo.**

Cancelación de Citas

Son las reglas de esta oficina cobrar por la inasistencia de citas, ya que es un espacio que puede ser utilizado para otro paciente. Entendemos que la inasistencia de citas puede ocurrir debido a una emergencia. Le pedimos que nos déjenos saber con 24 horas de anticipación si usted no puede asistir para poder agendarle una nueva cita.

Padre o/ Guardián legal.

_____ **Por favor ponga sus iniciales aceptando que leyó y está de acuerdo.**

Entendemos que hay situaciones financieras que pueden impedirle el pago a tiempo de su cuenta, si usted necesita más tiempo por favor llame a el departamento de cobranzas para llegar a un arreglo. Queremos brindarle el mejor servicio. Déjenos saber cualquier inquietud que tenga, para poder ayudarlo. Para el pago de deducibles y porcentajes de responsabilidad del paciente, la oficina le facilitara un plan de pagos si fuera necesario.

Yo, autorizo a *Children's Cardiovascular Medicine & Family Preventive Medicine*, para que dé a el seguro médico la información necesaria para el pago de los servicios prestados.

He leído y entiendo las normas financieras de esta oficina.

Nombre del paciente _____

Firma

Fecha

**AUTORIZACION DEL PACIENTE PARA USAR Y REVELAR
INFORMACION MÉDICA CONFIDENCIAL**

Doy mi consentimiento a Children’s Cardiovascular Medicine & Family Preventive Medicine para solicitar o dar a conocer **Información Medica confidencial (PHI)**, con el propósito de proporcionar cuidado médico o, **para efectos de pagos por tratamiento médico. (TPO)**. Para una completa información del manejo de su historia clínica, pida a *Children’s Cardiovascular Medicine PC*. Una copia del reglamento de privacidad.

Tengo el derecho de revisar el reglamento de privacidad, antes de firmar ésta autorización.

Doy mi autorización para que *Children’s Cardiovascular Medicine & Family Preventive Medicine* llame a mi casa o a cualquiera de los teléfonos que he escrito en las formas, para dejar mensajes en grabadoras o hablar en persona acerca de: cuidado clínico incluyendo exámenes de laboratorio, resultados de monitores o citas médicas.

Doy mi autorización para que *Children’s Cardiovascular Medicine & Family Preventive Medicine* envíe por correo a la dirección que he escrito en las formas, cuentas de cobro (TPO), recordatorios de citas siempre y cuando sean marcadas como personal y confidencial.

Doy mi autorización para que *Children’s Cardiovascular Medicine & Family Preventive Medicine* para que envíe a mi correo electrónico, recordatorios de citas y cuentas de cobro. Tengo el derecho de decir a *Children’s Cardiovascular Medicine & Family Preventive Medicine* como manejar información para proporcionar PHI o TPO. Sin embargo, la práctica no necesita estar de acuerdo con las restricciones que imponga, pero si lo está, será de acuerdo a los límites de este documento.

Al firmar este documento, doy mi autorización a *Children’s Cardiovascular Medicine & Family Preventive Medicine*, para que use y proporcione mi PHI para llevar a cabo el TPO.

Sin la firma de esta autorización *Children’s Cardiovascular Medicine & Family Preventive Medicine*, no podrá suministrar ningún tratamiento.

Nombre escrito del paciente

Firma

Fecha



ACUSE DE RECIBO DE
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
"Puede negarse a firmar este acuse de recibo"

Yo, _____, he sido informado de las prácticas de privacidad de esta oficina.

Firma

Nombre en letra de imprenta

Nombre del Paciente y fecha de nacimiento

Fecha

SÓLO PARA USO INTERNO

Hemos intentado obtener acuse de recibo escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener porque:

- La persona se negó a firmar
- Barreras comunicativas impidieron obtener el acuse de recibo
- Una situación de emergencia nos ha impedido obtenerlo
- Otro motivo (especifique)

