Spanish (US)

St. Elizabeth PHYSICIANS

Registro/Consentimiento para el tratamiento/Aviso de prácticas de privacidad del paciente

Imprima la información que aparece abajo y tenga disponibles su tarjeta de seguro y licencia de conducir o identificación legal con foto.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido_____ Nombre_____Segundo nombre_____

Nombre que prefiera_____

Dirección_____Ciudad_____Calle_____Código postal_____

Teléfono principal (_____) _____-_____ Teléfono alternativo (_____) _____-_____

Correo electrónico:_____

Se necesita intérprete: S N Idioma que prefiera:_____

¿Podemos dejar mensajes detallados que incluyan información médica protegida (por ejemplo, resultados de pruebas, información sobre el resurtido de medicamentos con recetas, programación y cancelación de citas e información de facturación) en su correo de voz principal? S N

N.º de seguro social_____-_____-_____Fecha de nacimiento_____Sexo legal_____

Raza (marque una opción):
____ *Indígena americano/ nativo de Alaska*
____ *Asiática*
____ *Negra o afroamericana*
____ *Nativa o isleña del Pacífico*
____ *Blanca o caucásica*
____ *Desconocida*
____ *Otra opción*
____ *Se niega a responder*

Grupo étnico
____ *Hispano*
____ *No hispano*
____ *Se niega a responder*

Pronombre que prefiera
____ *Ella*
____ *Él*
____ *Elle*
____ *Otra opción*
____ *Se niega a responder*

Estado civil
____ *Soltero(a)*
____ *Casado(a)*
____ *Viudo(a)*
____ *Divorciado(a)*
____ *Separado(a)*
____ *En pareja*
____ *Otra opción*
____ *Se niega a responder*

Identidad de género:
____ *Masculino*
____ *Femenino*
____ *Transgénero*
____ *Queer/ ni masculino ni femenino*
____ *Se niega a responder*

Contacto de emergencia _____ Teléfono (____)_____-_____
(Nombre) (Relación)

Empleador del paciente _____Dirección del empl._____Teléfono del empl. (_____)_____-_____

¿El paciente tiene un poder notarial, directivas anticipadas u orden de cuidador para la atención médica? S N

¿St. Elizabeth Physicians recibió una copia? S N

Farmacia que más usa el paciente_____Tel. de la farmacia (_____)_____-_____

Proveedor que remite (solo el consultorio del especialista)_____

PERSONA QUE DEBE RECIBIR LA FACTURA: RESPONSABLE (garante)

Relación con el paciente: Uno mismo Padre/madre Cónyuge Otra opción _____

N.º de seguro social_____-_____-_____Nombre_____

Dirección_____Ciudad_____Calle_____Código postal_____

Teléfono principal (_____) _____-_____ Teléfono alternativo (_____) _____-_____

Correo electrónico:_____

Fecha de nacimiento_____Sexo legal_____Empleador_____

INFORMACIÓN DEL SEGURO *(Mostrar tarjeta en la recepción)*

NOMBRE DE LA ASEGURADORA PRINCIPAL _____Sin seguro
(Marque con un círculo si corresponde)

Relación del suscriptor con el paciente: Uno mismo Padre/madre Cónyuge Otra opción_____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento_____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Confirmo que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de St. Elizabeth Physicians. La fecha de vigencia del Aviso de prácticas de privacidad es el 23 de septiembre de 2013.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento para el examen, el diagnóstico y la atención y el tratamiento médicos generales (incluidos, entre otros, examen físico, administración de medicamentos y vacunas, grabaciones y fotografías para diagnóstico o tratamiento, pruebas de diagnóstico, análisis de laboratorio y otros procedimientos menores) que desempeñarán mi médico, proveedor de práctica avanzada y cualquier otro asociado de St. Elizabeth Physicians. Comprendo que soy responsable del pago de todos los servicios prestados. Autorizo a St. Elizabeth Physicians a actuar como mi agente para ayudarme a obtener el pago de mis aseguradoras. Autorizo que se haga el pago directamente a St. Elizabeth Physicians. Autorizo que se revele información que pueda ser necesaria para cobrar cualquier pago a todas mis aseguradoras. Además, autorizo el acceso de St. Elizabeth Physicians a mi información médica para el tratamiento que haga la organización, y la revelación de información médica a todos los proveedores que participen en mi atención. Doy mi consentimiento para que se use una copia de esta autorización en lugar del original. Autorizo el uso de la "firma en el archivo" para que se use en todas mis presentaciones ante el seguro. Comprendo que soy responsable de notificar al consultorio de cualquier certificación previa o remisión necesaria para mi seguro. De acuerdo con las normas de codificación reconocidas, es posible que reciba cargos separados por procedimientos, médicos y otros problemas durante una sola consulta. Comprendo que St. Elizabeth Physicians utilizará su información médica protegida, según sea necesario, para su tratamiento, para obtener el pago del tratamiento y para las operaciones de atención médica de St. Elizabeth Physicians.

Doy mi consentimiento para recibir comunicados en los números de teléfono y la dirección identificados arriba. Estos comunicados pueden incluir, entre otras, mensajes de voz o de texto en vivo o pregrabados, y cartas, y pueden provenir de St. Elizabeth Physicians, sus afiliados, asociados, socios comerciales u otros terceros que actúen en nombre de St. Elizabeth Physicians. Se pueden aplicar tarifas por mensajes y datos.

Además, autorizo el acceso a mi información clínica y farmacológica para el tratamiento por parte de St. Elizabeth Physicians y todos los proveedores que participen de manera directa en mi atención.

Firma X _____ Fecha _____

(Firma del paciente o representante del paciente)

Testigo _____