



Registro De Paciente

El Día De Hoy: _____

Apellido _____ Nombre De Pila _____ MI (SN) _____ Fecha De Nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

(_____) _____ (_____) _____ Género: Hombre Mujer
Teléfono De Casa _____ Teléfono Móvil _____

Seguridad Social _____ Estado Civil _____ Nombre Del Empleador _____ (_____) _____
Teléfono Del Trabajo _____

Que números de teléfono podemos dejar un mensaje?:

- Casa
- Teléfono Móvil
- Teléfono Del Trabajo

Podemos usar los siguientes métodos para contactarte?

- Texto
- Correo Electrónico: _____

Raza:

- Indio Americano O Nativo De Alaska
- Asiático
- Negro O Afroamericano
- Americano
- Hispano
- Otro: _____

Etnicidad:

- Hispano O Latino
- No es Hispano O Latino

Lenguaje Primario:

- Inglés
- Español
- Otro: _____

Información Responsable Del Partido

Compruebe si es igual es igual que el paciente

Apellido _____ Nombre De Pila _____ MI (SN) _____ Fecha De Nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

(_____) _____ (_____) _____ Género: Hombre Mujer
Teléfono De Casa _____ Teléfono Móvil _____

Seguridad Social _____ Estado Civil _____ Nombre Del Empleador _____ (_____) _____
Teléfono Del Trabajo _____

Información Del Seguro

(Se deben proporcionar copias de todas las tarjetas)

Primaria Compañía De Seguros: _____ I.D. # _____

Nombre Del Suscriptor: _____ Relación Con El Paciente: _____

Fecha De Nacimiento Del Suscriptor: _____ Empleador Suscriptor: _____

Secundario Compañía De Seguros: _____ I.D. # _____

Nombre Del Suscriptor: _____ Relación Con El Paciente: _____

Fecha De Nacimiento Del Suscriptor: _____ Empleador Suscriptor: _____

Para mejor servirle y brindar atención de calidad y servicio por favor facilítenos la siguiente información:

Información de la farmacia:

Nombre de la farmacia: ____

Dirección: ____ teléfono #: ____

Correo en Farmacia: ____

Correo en orden farmacia Ubicación: ____ teléfono #: ____

Actualmente, otros proveedores involucrados en su cuidado:

Nombre del médico	Número de teléfono	Especialidad	Mes/año de la última visita

¿Está en un centro de enfermería especializada? No sí; Nombre del centro: ____

Información de emergencia

Por favor nos proporciona con (3) tres contactos de emergencia, y si no estamos autorizados a revelar su información médica.

Nombre de contacto	Número de teléfono	Relación con el paciente	¿Autorizado para recibir información médica?
			<input type="checkbox"/> Sí * <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí * <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí * <input type="checkbox"/> No

* Autorización para el uso y divulgación de mi información de salud.

Yo voluntario autorizar **Centrada en nombre de la práctica de la salud** para usar o divulgar mi información de salud incluyendo pero no limitado a las citas, las condiciones y tratamientos durante la vigencia de esta autorización a los destinatarios que he identificado arriba. La información divulgada en conformidad con esta autorización puede ser sujeta a re-divulgación y ya no puede ser protegida por la regla de privacidad.

Entiendo que esta autorización será efectiva:

Hasta que he solicitado esta autorización a ser revocada por escrito.

La fecha de esta autorización hasta el día ___ de ___, 20__

Hasta que ha producido el evento siguiente: ___.

Autorizo a los permisos como se indicó anteriormente. Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización.

Nombre paciente o Representante Legal firma pacientes

Relación con el paciente si auto fecha

Pacientes fecha de nacimiento

Receta historia consentimiento

Por la presente autorizo **Centrada en nombre de la práctica de la salud** para acceder y utilizar mi historia de receta electrónica. Entiendo que al hacerlo estoy permitiendo que **Centrado en el nombre de la práctica de la salud** a una historia íntegramente electrónica de las recetas que se le ha recetado a mí por todos mis proveedores de atención médica incluyendo pero no limitado a los hospitales, cuidados urgentes, los dentistas y los médicos de práctica privada. También estoy permitiendo que **Centrado en el nombre de la práctica de la salud** para acceder a los registros en cuanto a las recetas surtidas en mi nombre por local, pedido por correo y farmacias de la especialidad.

Entiendo que esta autorización no expirará a menos que presentar una solicitud por escrito.

Paciente o Representante

Legal firma fecha



Acuerdo de política financiera

Gracias por elegir nuestra oficina para sus necesidades de atención médica. Somos parte de **Centric Health**, una práctica de grupo multi-especialidad, y esperamos ser su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a proveerle salud superior y de calidad. Le agradecemos a adherirse a este acuerdo de política financiera. **Nota: esta política financiera se aplica a todas las divisiones de salud centrada en la.**

Pacientes con beneficios de seguro médicos:

Es su responsabilidad proporcionar nuestra oficina con un cuadro identificación e información de cobertura válida. Usted debe notificarnos de cualquier cambio en su cobertura de seguro inmediatamente. Muchas compañías de seguros han oportuno presentar límites, si usted nos proporciona información de seguro esos límites han expirado, usted será responsable de los servicios.

Estamos participando en la mayoría de planes de salud. Tenemos contratos con de muchos PPO, HMO, compañías de seguros así como agencias gubernamentales incluyendo Medicare. Nuestra oficina de negocios presentar reclamaciones por los servicios prestados y asistirle de cualquier manera razonable ayudar a su reclamo de pago. Su seguro puede demorar o negar el reclamo pago pendiente información solicitada desde el Subscriptor de su plan; es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Dichos retrasos o denegación será su responsabilidad financiera.

De copago, co seguros y deducibles:

Antes de servicios se vencen todos los copagos, co seguros, deducibles y saldos actuales. Si estos pagos no se hacen en el momento del servicio, nuestra oficina le enviará una declaración para su equilibrio. Puede ser difícil a veces ofrecer un presupuesto exacto de su parte debido, sin embargo podemos ofrecer una valoración a petición. Bajo ninguna circunstancia una estimación considera el pago final o pago completo. Saldos de los reclamos no se consideran finales hasta después de que su seguro ha procesado la solicitud completa.

Servicios no cubiertos y fuera de la red:

Servicios médicos, consideradas por su compañía de seguros no cubiertos, fuera de la red o no médicamente necesaria será su responsabilidad. Nuestra oficina se intenta comprobar beneficios por servicios prestados, pero en última instancia es su responsabilidad conocer su cobertura.

Paciente sin beneficios de seguro médicos:

Reconocemos que algunos de nuestros pacientes pueden sin cobertura de seguro o elija recibir atención de nuestros proveedores aun cuando no se nos considera 'proveedores participantes' con su plan de salud. Ofrecemos tarifas con descuento razonables, así como planes de pago. Por favor háganoslo saber con antelación si estás en esta situación por lo que nosotros podemos ayudarle a determinar la mejor manera de manejar su cuenta.

Otras políticas y cargos por servicio

Plan de pago

Si en cualquier momento usted está teniendo dificultades para pagar su cuenta, le animamos a contactar con nuestra oficina de negocios en (661) 371-2796, para establecer un plan de pago razonable. Tenemos muchas opciones para ayudar durante sus dificultades financieras.

Política de equilibrio

Nuestra oficina le enviará declaraciones regularmente; Si tiene cualquier duda o disputa su equilibrio, es su responsabilidad ponerse en contacto con nuestra oficina de negocios en 30 días. Los Estados incluyen saldos por **todos** los lugares de práctica centrada en la. Caso de un crédito para una fecha de prepagada de servicio, nos reservamos el derecho a aplicar a ese pago si hay un saldo en la cuenta. Vencida de cualquier cuentas pueden ser referidas a una agencia externa de la colección y objeto de interés y una negativa calificación crediticia con varias agencias de crédito.

_____ Iniciales del paciente



Exención de responsabilidad del paciente

Es nuestra política de tratar a todos los pacientes de una manera justa relacionada saldos de cuentas. No renunciar, dejar de cobrar ni de último minuto en cualquier copago, coaseguro, deducible u otros paciente responsabilidad financiera según estado y leyes federales, así como participantes los acuerdos con los contribuyentes. Responsabilidad financiera total o parcial sólo se autorizan acuerdo con nuestra política de dificultades financieras. Para más información por favor póngase en contacto con nuestra oficina de negocios en (661) 371-2796.

Política de finalización de forma

TODAS las formas que requieren firma de revisión y el médico médica están sujetos a un cargo administrativo de \$25,00 *por formulario de*. Esta cuota será debida antes de la liberación de los formularios completados.

Solicitud de registros médicos

Se requiere solicitud por escrito para todas las versiones de registros médicos. Las solicitudes de registros están sujetas a una tasa administrativa de \$25,00 por la petición de más de \$0,25 por página copiada. Nos reservamos el derecho a la no liberación cualquiera registra abonado dichas tasas.

Política de devolución de cheque

Cualquier cheque devuelto por el Banco como no remunerado, está sujeta a una tarifa de devolución de cheque de \$25.00 por cheque pagadero en efectivo, giro postal o tarjeta de crédito. Podemos elegir rechazar pagos futuro cheque en su cuenta. Además, podemos buscar recursos legales todo adicionales que nos proporcionadas bajo ley de California, incluyendo pero limitado a reportar su cheque devuelto a la Fiscalía local.

Cita faltada

Entendemos que puede haber tiempos cuando usted tenga que faltar a una cita debido a otras obligaciones o situaciones de emergencia. Se requieren al menos 24 horas de anticipación de cualquier cancelación de cita. Si un aviso de 24 horas no se queda a criterio de la oficina a cobrar una cuota de \$25 cita faltada. Cancelar su cita con antelación nos da la oportunidad de ofrecer servicios médicos a otro paciente.

Mediante la firma de este acuerdo:

- Por la presente asigno a todas las prestaciones del seguro de salud aplicables y todos los derechos y obligaciones que yo y mis dependientes tienen bajo mi plan de Centric Health y representantes de Centric Health (en adelante, "Mis representantes autorizados") y nombrar a los como mi representante autorizado con el poder de:
 - Presentar reclamaciones médicas con el plan de salud
 - Archivo apelaciones y quejas con el plan de salud
 - Discutir o divulgar mi información de salud personal o la de mis dependientes con cualquier tercer parí incluyendo el plan de salud.
- Certifico que la información de seguro de salud que brindé a Centric Health en él es correcta en la fecha indicadas a continuación y que soy responsable de mantener actualizada.
- Soy plenamente consciente que tener un seguro de salud no exime de mi responsabilidad para garantizar que estén saldadas mis facturas por servicios profesionales de Centric Health. También entiendo que soy responsable de todos los montos no cubiertos por mi seguro de salud, incluidos los copagos, coaseguros y deducibles.
- Autorizo a mis representantes autorizados para: (1) liberar cualquier información necesaria para mi plan de beneficios de salud (o su administrador) con respecto a mi enfermedad y tratamientos; (2) proceso de reclamaciones de seguros generados en el curso de examen o tratamiento; y (3) permite una fotocopia de mi firma que se utilizará para procesar reclamaciones de seguros.
- Entiendo que este contrato permanecerá en efecto hasta que he revocado formalmente por escrito.
- Entiendo política financiera centrada Centric Health podrá ser modificada sin previo aviso.
- Reconozco ha leído y entendido la política financiera centrada en Centric Health. Se proporcionará una copia a mí a petición.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma paciente o Legal: _____

Relación con el paciente, si es distinto de uno mismo: _____



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ACUSE DE RECIBO

El Aviso de prácticas de privacidad de Centric Health brinda información sobre cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida.

Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma Del Paciente o Representante Del Paciente

Fecha

Imprimir nombre

Relación Con el Paciente

Intérprete (si corresponde)