

Mount Vernon Internal Medicine

INFORMACION DEL PACIENTE

FECHA: _____

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ SEGUNDO NOMBRE: _____

NOMBRE PREFERIDO: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

CASA#: _____ CELL#: _____

TRABAJO#: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

MEJOR FORMA DE CONTACTAR: Casa# _____ Cell# _____ Trabajo# _____ Texto _____ Correo Electrónico _____

CONTACTO DE EMERJENCIA/RELACION _____

TELEFONO#: _____

EMPLEADOR/ESCUELA _____

POSICION/GRADO: _____

SSN DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

EDAD: _____

GENERO (CIRCLE): H M

(SI MENOR DE EDAD) NOMBRE DE PARIENTE: _____

NOMBRE DE PAREJA (Opcional): _____

ERES: __ CASADO__ SOLTERO/A__ DIVORCIADO/A__ VIUDO/A__ SEPARADO/A

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

SEGURO MEDICO PRIMARIO: _____

SSN/ID# DEL SUBSCRIDOR: _____

NOMBRE DEL SUBSCRIDOR: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL SUBSCRIDOR: ____/____/____

SEGURO MEDICO SECUNDARIO? SI NO

SEGURO MEDICO SECUNDARIO: _____

SSN/ID# DEL SUBSCRIDOR: _____

NOMBRE DEL SUBSCRIDOR: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL SUBSCRIDOR: ____/____/____

Mount Vernon Internal Medicine

INFORMACION FINANCIERA

Para controlar el costo, solicitamos que la parte del paciente se pague en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se realicen otros arreglos por adelantado. Todos los copagos, deducibles y co-seguros se cargan al paciente. El abajo firmante será responsable en última instancia por cualquier factura incurrida en esta oficina, independientemente del seguro. Las cuentas con 90 días de antigüedad están sujetas a tarifas de cobro. Habrá un cargo por servicio de \$ 25 en todos los cheques devueltos. El pago de mi seguro médico se pagará directamente a Mount Vernon Internal Medicine y entiendo que (nombre del seguro médico) _____ se facturará como mi seguro primario. Entiendo que todos los beneficios que se me ofrecen no son garantía de pago por parte de mi compañía de seguros y que la determinación final solo se puede hacer una vez que se procesa el reclamo.

Firma del Paciente O Pariente/Guardián _____

Fecha _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

PRACTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido, leído y entiendo su Aviso de Prácticas de Privacidad que contienen una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad periódicamente y que puedo contactar a esta organización en cualquier momento para obtener una copia actual del Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que puedo solicitar por escrito que usted restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, o pago de atención médica. También entiendo que usted no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si acepta, usted está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Firma del Paciente O Pariente/Guardián _____

Fecha _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Mount Vernon Internal Medicine

AUTORIZO EL USO / DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD ACERCA DE MÍ SEGÚN LO DESCRITO A CONTINUACIÓN

Nombre del

Paciente: _____

Por Favor Imprimir Nombre

Fecha de Nacimiento: _____

A. Persona(s) u Organización(es) autorizada(s) para recibir la información:
E.G., Nombre/Numero de teléfono del cónyuge, nombre y número de teléfono del miembro de la familia, empleador

B. Descripción específica de la información que puede usarse o divulgarse (incluyendo fechas):
E.G., Grafico complete, fecha específica del servicio

C. Descripción específica de cómo se usara la información:
E.G., Verificación de antecedentes, consultas escolares

D. Por lo presente autorizo a esta práctica a dejar un mensaje de correo de voz detallado con respecto a mis problemas de atención medica o resultados de pruebas:

CASA # _____, CELL # _____, y/ o

TRABAJO # _____

- 1) Entiendo que esta autorización vencerá **un año a partir de la fecha de hoy**.
- 2) Entiendo que puedo revocar esta autorización (excepto en la medida en que la medida ya se haya tomado en base a esta autorización firmada) en cualquier momento al notificar a Mount Vernon Internal Medicine por escrito.
- 3) Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi rehusó no afectara mi capacidad para obtener tratamiento, pago o mi elegibilidad para los beneficios (si corresponde).
- 4) Puedo inspeccionar o copiar cualquier información usada o divulgada bajo este acuerdo.
- 5) Entiendo que, si la persona u organización que recibe la información no es un proveedor de atención médica o un plan cubierto por las regulaciones federales de privacidad la información descrita anteriormente puede volver a divulgarse y ya no estará protegida por estas reglamentaciones.

Firma del Paciente o Su Representante

Fecha

Nombre del Paciente o Su Representante

Relación al Paciente