



INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Sexo: _____
Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Estado Civil: _____ Raza: _____ Lenguaje preferido : _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____
Telefono #: _____ Celular #: _____ Correo Electronico: _____

INFORMACION DE ASEGURANZA

Aseguranza Primaria: _____ ID: _____ # Del Grupo _____
Nombre Del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Seguro Social: _____ Numero De Telefono: _____
Aseguranza Secundaria _____ ID: _____ # Del Grupo _____
Nombre Del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Seguro Social: _____ Numero de Telefono: _____

INFORMACION DE FARMACIA

Nombre De Farmacia: _____
Numero De Telefono: _____ Numero De Fax: _____
Domicilio O Cruce De Calles Principales: _____

Firma Del Paciente (Padre o El Guardian: _____ Fecha: _____

HISTORIA DEL PACIENTE



Fecha: _____

Nombre Del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Medicamentos Actuales: (Nombre y Dosis)

Ha Tenido Alguna Cirugia? Si ___ No ___

Ejemplo; La Vesicula, Apendice, Histerectomia, Vasectomia, Cirugia Plastica, Amigdalitis, Cirugia Del Corazon

_____ Fecha _____

Es Usted Alergico A Algun Medicamento O Alimento? En Caso Afirmativo, Especifique porfavor

Usted Fuma? Yes ___ No ___ En caso Afirmativo, con que frecuencia? _____

Usted Toma ? Yes ___ No ___ En caso Afirmativo, con que frecuencia? _____

<u>Antecedentes Medicos</u>	<u>Usted Mismo</u>	<u>Miembro de la Familia</u>	<u>Relacion</u>
Diabetes	Si ___ No ___	Si ___ No ___	_____
Presion Arterial Alta	Si ___ No ___	Si ___ No ___	_____
El Asma	Si ___ No ___	Si ___ No ___	_____
Enfermedad del Corazon	Si ___ No ___	Si ___ No ___	_____
Dolor Abdominal	Si ___ No ___	Si ___ No ___	_____
Ansiedad	Si ___ No ___	Si ___ No ___	_____
Dolor en el Pecho	Si ___ No ___	Si ___ No ___	_____
Dolor de Cabeza/Migrana	Si ___ No ___	Si ___ No ___	_____
Osteoporosis	Si ___ No ___	Si ___ No ___	_____
Nuemonia	Si ___ No ___	Si ___ No ___	_____
Conjunctivitis	Si ___ No ___	Si ___ No ___	_____
Bronquitis	Si ___ No ___	Si ___ No ___	_____
Enfermedad Pulmonar	Si ___ No ___	Si ___ No ___	_____
Colesterol	Si ___ No ___	Si ___ No ___	_____
Arthritis	Si ___ No ___	Si ___ No ___	_____
Hepatitis	Si ___ No ___	Si ___ No ___	_____

Si Otro, Porfavor Explique: _____

Mujeres Solamente

Cuanros Embarazos? _____

Abortos Involuntarios? _____

Abortos? _____

La Histerectomia? Si ___ No ___

Hombres Solamente

Circuncidado? Si ___ No ___

Vasectomia? Si ___ No ___

Problemas de la Prostata? Si ___ No ___



Autorización para dejar mensajes detallados

Incluyendo correo de voz, presencial, u otras formas de comunicación autorizado adultos (edades 18>) solo

Los formularios incompletos o ilegibles no serán procesados

Objeto: Permitir que Santa Rosa atención urgente a los pacientes la oportunidad de solicitar o asignar otro individuo adulto(s) para recibir información detallada sobre la asistencia sanitaria, tratamiento, seguros, facturación o cualquier otra información pertinente a la atención de salud en Santa Rosa de atención urgente.

Apellido	Primer Nombre	Fecha De Nacimiento
Domicilio	Ciudad	Estado
		Codigo Postal

Autorización para dejar mensajes telefónicos detallada

Incluyendo correo de voz, presenciales o a otras formas de la comunicación autorizada.

Este documento autoriza a Santa Rosa atención urgente el derecho a dejar mensajes detallados relacionados con nombramiento específico de información, los resultados normales del examen, instrucciones para los pacientes, la atención de seguimiento descripciones, estado de llenado, referencias o información de facturación/seguros. Restricciones (si procede): _____

Autorizo a Santa Rosa atención urgente para dejar mensajes detallados en los siguientes números de teléfono y/o con las siguientes personas:

Para contactar conmigo personalmente:

Telephone #1: _____ Telephone #2: _____

Y/O

Para entrar en contacto con otro individuo adulto

Person #1

Last Name	First Name	Telephone #	Relationship to Patient
-----------	------------	-------------	-------------------------

Person #2

Last Name	First Name	Telephone #	Relationship to Patient
-----------	------------	-------------	-------------------------

Person #3

Last Name	First Name	Telephone #	Relationship to Patient
-----------	------------	-------------	-------------------------

POLITICA FINANCIERA



Gracias por elegir Santa Rosa Medical Center como su proveedor de cuidados de la salud. Estamos comprometidos a la información oportuna, rentable y con éxito el tratamiento de sus necesidades de cuidado de la salud. Para que podamos mantener este alto nivel de atención de la salud, es necesario que se adhieran estrictamente a las políticas financieras. Por favor, comprenda que el pago de su factura está considerado como parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que deberá leer y firmar antes del tratamiento.

La Información del Paciente: Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de registro del paciente antes de su primera visita a la consulta con el médico. Es el paciente (y/o la parte responsable) esta oficina la responsabilidad de mantener informados de cualquier cambio en la información (es decir, cambio de dirección, número de teléfono, cambio de seguros, etc.), será necesario que actualice esta información en una base anual. **Iniciales:** _____

Información de Pago: El pago es debido en el momento del servicio. Para su comodidad, aceptamos dinero en efectivo, Visa, Master Card y tarjetas de crédito y débito. Cualquier copagos que tienes con tu estás seguro de responsabilidad. Son pagaderas en cuotas y tiempo de servicio. **Iniciales:** _____

Seguros: Como una cortesía a nuestros pacientes, podremos facturar a su seguro. Para hacerlo, debemos tener información precisa y actualizada información sobre seguros. Por favor sea consciente de que la póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Es su responsabilidad conocer sus beneficios. Tu cuenta con esta oficina es su responsabilidad si o no su compañía de seguro paga. Si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta en su totalidad dentro de los 60 días, su cuenta será un "efectivo" cuenta con el saldo adeudado y pagadero inmediatamente y antes de su próxima visita. **Iniciales:** _____

Las tasas Usuales y Habituales: nuestra práctica está comprometido a proveer el más alto estándar de salud para nuestros pacientes. Hacemos cada esfuerzo para alinear nuestros honorarios, con lo que se considera normal y habitual en nuestra área de especialidad. **Iniciales:** _____

Pacientes Menores: el tutor legal de un menor de edad, el paciente es responsable de la totalidad del pago de la cuenta. Bajo ninguna circunstancia vamos a involucrarse en una disputa doméstica.

Citas Perdidas : porque nuestra práctica es extremadamente ocupado , por favor, nos ayudan a ofrecerle un mejor servicio, manteniendo todas las citas programadas. **Iniciales:** _____

Política de Colección: Estoy de acuerdo en ser financieramente responsable de todos los cargos incurridos, independientemente de la cobertura de seguro. En el caso de mi cuenta se refiere a una colección de servicio debido a la falta de pago por mi parte, estoy de acuerdo en pagar todos los honorarios legales/recolección que puede ser añadido a mi cuenta. Si se refiere al servicio de recolección, ENTIENDO QUE serán dados de alta como paciente. Entiendo que mi id de facturas no abonadas durante 90 días, será automáticamente enviado a las colecciones. **Iniciales:** _____

Cheques Devueltos: Habrá una cuota de \$25.00 para todos los cheques devueltos. Si un cheque es devuelto, usted tendrá que pagar en efectivo o con tarjeta de crédito para todos los servicios posteriores. I have read, understand and agree to the financial policy.

HIPPA AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD



Usted tiene el derecho a solicitar restricción de su información protegida de salud. Esto significa que usted puede pedir que no usemos o divulguemos cualquier parte de su información de salud protegida para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud. También puede solicitar que las prácticas de cualquier parte de su información protegida de salud no sea revelada a miembros de la familia o amigos que pueden estar implicados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en el aviso de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y quien desea que la restricción a aplicar.

Su médico no está obligado a aceptar una restricción que usted puede solicitar. Si médico cree está en su mejor interés para permitir, uso y divulgación o su información de salud protegida, información sobre su salud no será restringida. Entonces usted tiene el derecho con otro profesional de la salud.

Usted tiene el derecho a recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene el derecho a obtener una copia en papel de este de nosotros, a petición, incluso si usted ha accedido a aceptar este aviso alternativamente (es decir, electrónicamente)

Que tenga el derecho a tener su médico corregir y proteger la información de salud. Si negamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nos puede preparar una refutación a su declaración y le proporcionará una copia de dicha refutación. Tienes derecho a recibir una contabilidad de cierta divulgación que hemos hecho. Caso, o su información de salud protegida.

Nos reservamos el derecho a modificar los términos de este aviso y le informará por correo de cualquier cambio. Entonces tiene el derecho de oponerse o retirar conforme a lo dispuesto en este aviso. Quejas: usted puede quejarse a nosotros o al Secretario de servicios de salud si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros. Puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro contacto de la privacidad de su queja. No talionaremos te para llenar una queja.

Este aviso ha sido publicado y en vigencia en / o antes del 19 de Julio de 2012.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de y brindar a los individuos con este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a proteger la información de salud. Si tiene alguna objeción a esta forma, por favor pida hablar con nuestro oficial de cumplimiento de HIPPA en persona.

Firma abajo es sólo reconocimiento que ha recibido este aviso de nuestras políticas.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____