

# Forma de Registro del Paciente



FAMILY MEDICINE HEALTH CENTER

Family Medicine Health Center (FMHC) es un centro de salud federalmente calificado y recibe fondos federales de conformidad con la Sección 330 de la Ley de Servicio de Salud Pública. Estamos obligados a recopilar información sobre la edad, el género, la raza, la orientación sexual, el ingreso y tamaño de la familia únicamente con fines estadísticos. No hay información individual que se presentó.

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:	Primer Nombre:	M.I.:	Estado Civil: (Elige Uno)	<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Separado(a)	<input type="checkbox"/> Viudo(a)
-----------	----------------	-------	---------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------------------

Dirección:	Número de Seguro Social
------------	-------------------------

Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono de Casa:	Teléfono Móvil:
---------	---------	----------------	-------------------	-----------------

Correo Electrónico (E-Mail):	Empleador:	Teléfono del Trabajo:
------------------------------	------------	-----------------------

Contacto para Llamadas de Recordatorio y Otros Mensajes Generados Electrónicamente: (Elige Uno)  Texto  Voz (Seleccionar número preferido:  Hogar  Celular  Trabajo)

Raza: (Elige Uno)	Etnicidad: (Elige Uno)	Fecha de Nacimiento:	Identidad de Género:	Orientación Sexual:
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco / caucásico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Se Negó a Reportar	/ / MES / DIA / AÑO EDAD: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino: Mujer-a-Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino: Hombre-a-Mujer <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Decide no Anotar	<input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo Más <input type="checkbox"/> No lo Sé <input type="checkbox"/> Decide no Anotar

Estado de Veterano: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No-Veterano	Idioma preferido:
--	-------------------

Tamaño de la Familia (incluido usted):	Ingreso Anual del Hogar:	Estado de Vivienda:
--	--------------------------	---------------------

Trabajadores Agrícola: Alguien de su familia ha trabajado en la agricultura (campos, huertas, etc.) en los últimos 2 años? Si es que sí, esa persona trabajó por menos de 12 meses al año? Si es que sí, esa persona tenía que mover de un lugar a otro para el trabajo? ¿Hay alguien en su hogar que se ha retirado de trabajo agrícola?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dueño (a) <input type="checkbox"/> Alquilar (rentar) <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Refugio para Indigentes <input type="checkbox"/> Transicional	<input type="checkbox"/> Quedar con familia/amigos <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro:
---	--	--	--

## PERSONA RESPONSABLE

Persona Responsable:	Fecha de Nacimiento:	Dirección (si es diferente):	Teléfono de Casa:
	/ /		

Ocupación:	Empleador:	Dirección del Empleador:	Teléfono del empleador:
------------	------------	--------------------------	-------------------------

¿Es esta persona un paciente en FMHC?  Si  No      Este paciente está cubierto por un seguro?  Si  No

## INFORMACIÓN DEL SEGURO (Por favor, dar su tarjeta de seguro a la recepcionista)

Nombre del Seguro Primario:  IPN  Tricare  Blue Cross  Blue Shield  Medicare  Medicaid  Otro:

Seguro Médico Primario			Seguro Médico Secundario		
Nombre del Suscriptor:	Número de Seguro Social del Suscriptor:	Fecha de Nacimiento:	Nombre del Suscriptor:	Número de Seguro Social del Suscriptor:	Fecha de Nacimiento:
		/ /			/ /

Relación del Paciente al Suscriptor: <input type="checkbox"/> Yo Mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro	Relación del Paciente al Suscriptor: <input type="checkbox"/> Yo Miso <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro
---	--

## EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del Amigo o Pariente Local:(no vive en la misma dirección)	Relación con el Paciente:	Número de Teléfono:	Número de teléfono alternativo:
---	---------------------------	---------------------	---------------------------------

## AUTORIZACIÓN PARA EXTENDER LA FRACTURA AL SEGURO MÉDICO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo FMHC facturar directamente a mi compañía de seguros y también autorizo a cualquier tercer-pagador a través del cual ya tengo los beneficios de hacer el pago directamente a FMHC. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a Family Medicine Health Center o compañía de seguros de usar y revelar información de la salud con el fin de obtener el pago por los servicios y la determinación de beneficios del seguro. Los servicios prestados por empresas externas, (es decir, laboratorio, patología, radiología) se facturan por separado por dichas empresas.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

## RESPONSABILIDAD FINANCIERA | FIRMA ARCHIVADO

Entiendo que soy financieramente responsable del pago de los cargos médicos incurridos en mi nombre en el Family Medicine Health Center, incluyendo los cargos que no son pagados en su totalidad por mi seguro, los beneficios del programa de gobierno, u otros terceros pagadores. También estoy de acuerdo de pagar o reembolsar a FMHC de todos los gastos en que pueda incurrir en la percepción de tales cantidades, incluyendo, pero no limitado a, honorarios de abogados y gastos de recaudación. Los servicios prestados por empresas externas, (es decir, laboratorio, patología, radiología) se facturan por separado por dichas empresas.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si el paciente no es la persona que firma:

El paciente es menor de 18 años de edad y considerado menor de edad       El paciente está física o mentalmente incompetente       Otro:

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/ Guardián

Relación con el Paciente:

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

## PÓLIZA DE CREDITO

**FILOSOFÍA:** Es el deseo del Family Medicine Health Center (FMHC) para proporcionar servicios médicos y de salud conductual de calidad y sin barreras de acceso. Esta póliza nos guía en la provisión de acceso a la atención mientras asegurar que colectamos suma debidas a nosotros para la prestación de servicios. Para aquellos pacientes con cobertura de seguro, vamos a facturar el seguro adecuadamente en el momento oportuno. Si usted no tiene cobertura de seguro, que son sensibles a sus limitaciones financieras y no queremos impedir el acceso a la atención que es vital para su salud. FMHC trabajará con sus pacientes sobre los planes de pago para absolver los saldos de cuentas, solo que requiere que el paciente quede enganchado en este proceso y siga los términos que se han acordado.

### PROCEDIMIENTO:

1. Vamos a solicitar el pago en el momento del servicio. Si no puede pagar el importe ajustado debido al momento de la cita, le pedimos que usted pague lo que pueda y FMHC le facturará el equilibrio.
2. Si recibe un estado de cuenta de nosotros y no puede pagar la totalidad del saldo, solicitamos que se ponga en contacto con nosotros dentro de 30 días acerca de un plan de pago satisfactorio para solucionar las cantidades debidas.
3. Si no ha realizado ningún pago en su cuenta y no han acordado un plan de pago para resolver el equilibrio dentro de 30 días, usted recibirá un aviso de que su cuenta puede ser referido a una agencia de colección exterioragency.
4. Si usted no ha intentado resolver su cuenta el pago ni comunicarse con nosotros con respecto a un plan de pago, una notificación final será enviado a su última dirección conocida que le informa que su cuenta ha sido referido a una agencia de colección exterior. En el momento de su cuenta aparece con la agencia de cobro, su historial de crédito puede verse afectada negativamente.

Es la experiencia del Family Medicine Health Center que la gran mayoría de nuestros pacientes a entender y coopera con nuestra política de crédito desde hace mucho tiempo. Family Medicine Health Center está revelando nuestra política a usted ahora, para que podamos evitar cualquier malentendido en el futuro. Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído, entiende y acepta cumplir con esta política de crédito.

X

Firma del Paciente / Guardián

X

Fecha

## CITA PERDIDA O PÓLIZA DE NO PRESENTARSE A LA CITA

Esta póliza nos permite utilizar mejor las citas disponibles para nuestros pacientes que necesitan atención médica. Horario de oficina es valioso y cuando los pacientes pierden una cita sin llamar para cancelar o reprogramar con un aviso adecuado no podemos ver a otros pacientes en ese intervalo de tiempo. Entendemos que a veces surgen circunstancias que hace que sea difícil llegar a una cita, por ejemplo, la falta de transporte, etc. Contamos con trabajadores sociales que pueden ayudar si surgen circunstancias especiales. Los pacientes deben llamar inmediatamente si no son capaces de asistir a una cita. Si es necesario cancelar su cita programada solicitamos que llame al menos 24 horas antes de su cita. Aunque hacemos múltiples esfuerzos para confirmar su cita, los pacientes que faltan de ir a su cita sin notificar a la oficina antes de la cita se registrará como un "No Presentarse a la Cita. **Los pacientes que tienen tres (3) No-Presentarse a la Cita en seis (6) meses consecutivos no se le permitirá a re-programar citas de rutina. Los pacientes pueden hacer y llegar a las citas el mismo día o citas agudas SOLAMENTE.** Las recetas continuarán siendo preparada para el llenado de la farmacia. Después de seis (6) meses de estar en el estado de la cita "mismo día", sin preocupaciones, el paciente podrá volver a pre-programar citas rutinarias.

## PÓLIZA DE LLEGAR TARDE A LA CITA

Si usted es un paciente establecido y que llegue 15 minutos o más, tarde para su cita se le puede pedir reprogramar al menos que el horario del médico todavía se puede acomodar. Se dará prioridad a los pacientes que lleguen a tiempo y tendrá que ser trabajado entre ellos. Esto puede significar que tendrá una considerable espera. Si esto no es conveniente para usted, usted puede optar por cambiar la fecha. Si usted es un paciente nuevo, y llega a la hora de la cita programada y no un poco antes con tiempo para completar sus formas según las instrucciones y se tarda más de 15 minutos para completar los formularios y el proceso de registro, es posible que también se le pedirá que reprogramar su cita. Le pedimos que por favor sea amable de valioso tiempo y la atención de su proveedor. Los médicos, personal de oficina, así como sus compañeros de los pacientes se lo agradecerán.

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, PÓLIZA DE NO PRESENTAR A LA CITA, Y EL PROCEDIMIENTO DE QUEJA FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

- El **Aviso de Prácticas de Privacidad** del Family Medicine Health Center describe cómo la información médica del paciente puede ser usada y divulgada y describe sus derechos con respecto a esta información protegida.
- El **Póliza de No Presentar a la Cita** del Family Medicine Health Center describe el número de veces que un paciente puede que no se presenta a su cita antes de que ocurra la terminación.
- **Procedimiento de Queja** del Family Medicine Health Center permite a los pacientes a presentar una queja con respecto a su tratamiento médico, las prácticas de facturación FMHC o las políticas generales de funcionamiento de FMHC. Los pacientes pueden presentar quejas por escrito.

Su firma indica que usted ha leído, entiendo y reconozco Aviso de Prácticas de Privacidad, Política No Presentar a la Cita, y Procedimiento de Quejas de FMHC.

Nombre del Paciente por Escrito Legible (Nombre, Inicial del Segundo, Apellido)

Fecha de Nacimiento

X

Firma del Paciente / Guardián

X

Fecha

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

If the patient or guardian refuses to sign/complete this form, please complete this section. Date offered to patient: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ FMHC Staff Initials: \_\_\_\_

## NOTA: PACIENTE CON SEGURO DE MEDICARE NECESITAN FIRMAR LA PROXIMA HOJA

**Autorización de Medigap / Medicare:** Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare / Medigap hacerse ya sea para mí o en mi nombre a la Family Medicine Health Center para cualquiera de los servicios proporcionados por mí departe de FMHC. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a liberar a la Administración de la Seguridad Social y los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, o sus intermediarios o portadores, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Nombre del Beneficiario

Número de Póliza de Medicare

X

Firma del Paciente / Guardián

X

Fecha

## MEDICARE SECUNDARIA

- Medicare Secundaria Trabajo Ancianos beneficiario o cónyuge con Grupo de Empresas del Plan de Salud
- Medicare Secundaria Beneficiario de discapacitados menores de 65 años con el gran grupo del Plan de Salud (LGHP)
- Medicare Secundaria, Otros seguro de responsabilidad civil Primaria
- Medicare Secundaria, Sin-Culpa de Seguros incluyendo Auto es Primaria
- Medicare Secundaria Compensación a los Trabajadores
- Medicare Secundaria Administración de Veteranos
- Medicare Secundaria enfermedad renal terminal beneficiario en los 12 meses con un período de coordinación empresarial del plan de salud de grupo
- Medicare Secundaria Servicio de Salud Pública (PHS) o de otra agencia federal
- Medicare secundaria Pulmón Negro