

Copago $ \_\_\_\_\_\_\_\_

Formulario de registro de paciente nuevo

|  |
| --- |
| **Información general (en letra de imprenta)** |
| Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: \_\_M \_\_F  Nro. del Seguro Social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado civil: Soltero\_\_\_ Casado\_\_\_ Divorciado \_\_\_Viudo \_\_\_  Dirección principal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono fijo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono laboral \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Contacto de emergencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Autoriza el uso de correo electrónico? \_\_\_S \_\_\_N  Nombre de la farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Situación laboral: \_\_\_trabaja \_\_\_no trabaja \_\_\_jubilado \_\_\_estudiante  Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Consentimiento del paciente para el envío de mensajes telefónicos** |
| Nuestra política consiste en informarle los resultados de las pruebas que se soliciten y en llamarlo para confirmar las consultas. Mediante este documento, usted nos autoriza para lo siguiente:   * Dejar un mensaje detallado en el buzón de voz SÍ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_\_ (coloque sus iniciales junto a la opción deseada) * Dejar un mensaje detallado a la persona que atienda el teléfono SÍ \_\_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_ (coloque sus iniciales junto a la opción deseada) |

|  |
| --- |
| **Divulgación de información médica** |
| Otorgo permiso al médico y al personal administrativo de **MEDICAL DIRECT CARE** para que hablen acerca de mi afección médica con las siguientes personas:  Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Información sobre los médicos** |
| Médico que hace la derivación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Médico de atención primaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Seguro principal** |
| Nombre del seguro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del asegurado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nro. de identificación del seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nro. del Seguro Social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con la persona asegurada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Seguro secundario** |
| Nombre del seguro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del asegurado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nro. de identificación del seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nro. del Seguro Social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con la persona asegurada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Autorización del paciente para ePRESCRIBE** |
| Mediante la emisión de recetas electrónicas, los médicos envían recetas precisas, comprensibles y sin errores directamente a una farmacia, desde el consultorio. Esto reduce enormemente los errores en la medicación y mejora la seguridad de los pacientes. Habiendo entendido lo que se explica arriba, autorizo al médico y al personal de **MEDICAL DIRECT CARE** para que me inscriban en el programa de ePrescribe. .  Firma del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Autorización del paciente para el GERENTE DEBENEFICIOS DE FARMACIA** |
| Autorizo al médico y al personal de **MEDICAL DIRECT CARE** para que soliciten a otros proveedores de atención médica, el gerente de los beneficios de farmacia o cualquier tercero encargado del pago a farmacias un historial de los medicamentos que me recetaron con el fin de recibir tratamiento.  Firma del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Autorización del paciente para los PACIENTES DE MEDICARE** |
| Autorizo al médico y al personal de **MEDICAL DIRECT CARE** para que entreguen a la Administración del Seguro Social, la Administración de Financiamiento de la Atención Médica o sus intermediarios o proveedores cualquier información que sea necesaria para este o cualquier reclamo de Medicare. Otorgo mi permiso para que se use una copia de esta autorización en lugar de la versión original y solicito el pago de los beneficios del seguro médico para mí mismo o para quien pueda permitir que la información sobre el pago de Medicare se transmita automáticamente a mi proveedor se seguro suplementario. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier servicio que Medicare no cubra.  Firma del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Autorización del paciente para PACIENTES DE PPO y HMO** |
| Autorizo al médico y al personal de **MEDICAL DIRECT CARE** para que entreguen a mi compañía de seguro o sus representantes todo tipo de información, incluidos el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que al que me haya sometido mientras recibía atención médica o quirúrgica. Autorizo y solicito que mi compañía de seguro, que se menciona arriba, pague directamente a **MEDICAL DIRECT CARE** los montos correspondientes a servicios médicos o quirúrgicos. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier servicio que mi compañía de seguro no cubra.  Firma del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Adaptaciones especiales** |
| Si un paciente solicita una adaptación para su consulta, el paciente o su representante debe notificar a **MEDICAL DIRECT CARE** cuál es la adaptación necesaria una semana antes de la primera consulta del paciente nuevo. El aviso previo de una semana también debe efectuarse en las consultas siguientes. Conforme a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, “los proveedores tienen la responsabilidad de pagar todos los costos necesarios para ofrecer una asistencia razonable y no pueden transferir los cargos al paciente ni a su compañía de seguro”. Si un paciente que ha solicitado adaptaciones no cancela una consulta con una anticipación mínima de 24 horas o no asiste a la consulta programada, deberá cubrir todos los cargos que pagó **MEDICAL DIRECT CARE.**  Firma del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **ACUSE DE RECIBO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD** |
| Aviso a los pacientes: Tenemos la obligación de proporcionarle una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, que explica cómo podemos usar y divulgar su información de salud. Firme este formulario para acusar recibo del aviso. Si lo desea, puede negarse a firmar el acuse de recibo. ***Acuso recibo de una copia del Aviso de prácticas de privacidad de* MEDICAL DIRECT CARE*.***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre en letra de imprenta Firma Fecha de la firma |