



Admisión de Aseguranza

Por favor díganos cuales son sus preocupaciones: _____

Apellido: _____ M.D _____ Primer Nombre: _____

Genero: _____ Raza: _____ Numero SS: _____ - _____ - _____

Altura: _____ Peso: _____ Email (solo para recordar citas): _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tel. # casa: _____ Tel.# Cell: _____ Tel. #Trabajo: _____

Ocupación: _____

Tobacco: S o N Frecuencia: _____ Alcohol: S o N Frecuencia: _____ Droga Ilícita S o N Frecuencia _____

Contacto de Emergencia: Nombre: _____ # Contacto: _____ Relación: _____

Por Favor díganos los medicamentos/suplementos que usted toma: _____

Especifique cualquier alergia y reacciones a medicamentos(ej.Penicilina) _____

Historia medica pasada: _____

Historia quirúrgica

pasada: _____

¿Podemos dejar un mensaje confidencial en su contestador de casa /celular si no está disponible? S o N

POR FAVOR COMPLETAR PARA CITAS DE ASEGURANZA O MÉDICAS

Proveedor de Atención Primaria / Médico de Referencia: _____

Persona Responsable de su Aseguranza-: Primer nombre: _____ Apellido: _____

TRICARE SOLAMENTE- Numero SS: _____ - _____ - _____ Relacion a paciente: _____

Aseguranza primaria y Número de Póliza: _____

Aseguranza secundaria y Número de Póliza: _____

Por favor lea la siguiente declaración y firme abajo:

Afirmo que he informado a todas las partes responsables de las condiciones físicas y mentales conocidas y medicamentos Afirmó que mantendré informados a las partes responsables sobre cualquier cambio en mi perfil médico. También entiendo que cualquier comentario o avance ilícito o sexualmente sugestivo



hecho por mí resultará en la terminación inmediata de la sesión, y seré responsable del pago de la cita programada.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Formulario de consentimiento

Estimado paciente, nuestra práctica debe tener varios formularios de consentimiento en su registro para poder brindarle atención médica. Estos incluyen: permiso para cualquier tratamiento, asignación de beneficios, divulgación de información y exención de cobertura de seguro. Para su comodidad, hemos cubierto todos estos elementos necesarios en este documento de una página. Su firma a continuación reconoce su comprensión de todos ellos.

Consentimiento para tratar

Yo (o mi tutor legal / padre) autorizó a CFA a brindar atención médica razonable para el estándar de hoy.

Asignación de Beneficios

Por la presente, asignó a CFA cualquier seguro u otro beneficio de terceros disponible para los servicios de atención médica que se me brindan. Entiendo que CFA tiene el derecho de rechazar o aceptar la asignación de dichos beneficios. Si estos beneficios no están asignados a CFA, estoy de acuerdo en enviar a CFA todos los pagos de seguro de salud y de terceros que reciba por los servicios que recibí inmediatamente después de recibirlos.

Consentimiento para divulgar información

Autorizo a CFA a divulgar toda la información médica (incluida, entre otras, información sobre afecciones psiquiátricas, anemia falciforme, abuso de alcohol y drogas, y VIH o enfermedades transmisibles) solicitada por mi compañía de seguro médico o cualquier otro pagador externo. Autorizo a CFA a divulgar toda la información a mi médico de referencia y a cualquier médico que puedan consultar, así como a mi médico de cabecera. Autorizo a CFA a contactar a mi compañía de seguros o al administrador del plan de salud para obtener toda la información financiera pertinente con respecto a la cobertura y los pagos conforme a mi póliza. Ordenó a la compañía de seguros o al administrador del plan de salud que divulgue dicha información a CFA.

Exención de cobertura de seguro

Entiendo que mi elegibilidad para cobertura por parte de mi (s) proveedor (es) de seguro no puede ser confirmada en este momento.



Deseo recibir atención médica de CFA. Si se determina que no soy elegible para la cobertura, entiendo que seré responsable del pago de todos los servicios proporcionados.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

POLÍTICA FINANCIERA

Esta declaración describe nuestro acuerdo financiero entre usted, el paciente / tutor y nuestra práctica. Los pacientes mayores de 18 años serán responsables de sus facturas médicas con nuestra práctica. Los padres / tutores de pacientes menores de 18 años serán responsables de sus facturas médicas con nuestra práctica. Para ayudarnos a proporcionar los servicios de atención médica más eficientes y razonables, es necesario que tengamos una Política financiera que establezca nuestros requisitos para el pago de los servicios prestados a nuestros pacientes. Los pacientes son responsables del pago de todos los servicios prestados por nuestra oficina. Nuestra política contiene solicitar un seguro, como cortesía para usted, Si tenemos información precisa y completa sobre el seguro. Toda la información de beneficios que obtenemos para usted es sólo una estimación de su costo y está sujeta a cambios.

Como no somos parte del acuerdo entre usted y su compañía de seguros, le pedimos que nos ayude a contactarlos en caso de que no se paguen los servicios dentro de los 30 días. Se esperan copagos y deducibles en el momento del servicio. Si no participamos en un plan con su compañía de seguros, seguiremos presentándose con su compañía de seguros. Sin embargo, usted será responsable del pago en el momento del servicio. Si recibimos un pago duplicado de la compañía de seguros, le reembolsaremos cualquier sobrepago. Todos los servicios que una compañía de seguros determine que no están cubiertos, o por cualquier resto vencido después de que nuestra oficina reciba un pago o la denegación de su compañía de seguros, será su responsabilidad. Se espera que todos los saldos se paguen en su totalidad al recibir el recibo. Si no tiene seguro, se lo considerará un paciente de "PAGO AUTOMÁTICO" y se le pedirá que pague \$ 250.00 por su consulta inicial y también será responsable de cualquier cargo adicional por tratamientos / procedimientos. Podemos completar los formularios de la Ley de Ausencia Médica Familiar y Discapacidad Médica (FMLA) Requerimos 5 días hábiles para completarlos. Se cobrará una tarifa de \$ 25.00 por este servicio. También hay una tarifa para copiar los registros médicos. El paciente "NO SHOWS" y las cancelaciones son una pérdida tremenda para nuestra práctica. Ayude a nuestra oficina a reducir esas pérdidas cancelando dentro de las 24 horas si no puede asistir a su cita. Si no da aviso antes de su cita, el paciente / tutor pagará una



tarifa de \$ 25.00. Le facturamos a su seguro los "NO-SHOWS", pero usted será responsable de cualquier cosa que no esté cubierta. Aceptamos efectivo, principales tarjetas de crédito, tarjetas de débito, cheques de caja. Estoy de acuerdo en cumplir con el acuerdo financiero descrito anteriormente.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____