

**FORMULARIO DE REGISTRO: En letra de imprenta por favor**Complete **TODAS** las secciones.

La información faltante puede resultar en cargos facturados directamente al paciente.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE - PÁGINA 1

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:
También conocido(a) como o nombre de soltero(a):		
Estado civil: <input type="radio"/> Sotero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Viudo(a)	Fecha de nacimiento:	Edad:
Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> Prefiero no especificar Nº de seguro social:*		
Raza: <input type="radio"/> De color/Afroamericana <input type="radio"/> Blanca/Caucásica <input type="radio"/> Nativa de Hawaii/de otras islas del Pacífico <input type="radio"/> Indígena americana/Nativa de Alaska <input type="radio"/> Asiática <input type="radio"/> Desconocida <input type="radio"/> Otra o prefiero no especificar		
Origen étnico: <input type="radio"/> Hispano <input type="radio"/> No hispano <input type="radio"/> Prefiero no especificar		
Idioma de preferencia: <input type="radio"/> inglés <input type="radio"/> español <input type="radio"/> hmong <input type="radio"/> lao <input type="radio"/> punjabi <input type="radio"/> Impedimentos auditivos/Lenguaje de señas <input type="radio"/> vietnamita <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> Prefiero no especificar		
Nº de teléfono de preferencia: Trabajo		<input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Celular <input type="radio"/>
Segundo Nº de teléfono: Trabajo		<input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Celular <input type="radio"/>
Domicilio:		P.O. Box/ # de apt.:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de correo electrónico:		
Empleador:	Nº de teléfono:	
Médico de cabecera:	Nº de teléfono:	
¿Fue referido(a) a este consultorio por un médico o doctora o fue su propia elección? <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Mi elección		
Si lo hizo un médico o doctora, indique quién:		
Farmacia de preferencia:	Nº de teléfono:	
Ubicación de la farmacia/Cruces cercanos:		

INFORMACIÓN SOBRE LA LESIÓN – Fecha de la lesión:

Lesión laboral: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

EN CASO DE EMERGENCIA

Contacto de emergencia:

Relación con el/la paciente:

Nº de teléfono de la casa:

Nº de teléfono del trabajo:

** El sistema de registro médico electrónico (EMR, por sus siglas en inglés) de Community Health Partners' requiere contar con su número de seguro social como su número de indentificación único. Por favor, ayúdenos a brindarle atención de la más alta calidad compartiendo su número de seguro social. Esto es de suma importancia porque sin su número de seguro social como identificador, su registro médico electrónico puede quedar incompleto o contener inconsistencias. Tenga la seguridad de que su número de seguro social se utiliza solo para este propósito, nunca se imprime. Está protegido contra el uso indebido del mismo modo que protegemos su información médica.*



FORMULARIO DE REGISTRO: En letra de imprenta por favor
Complete TODAS las secciones.
La información faltante puede resultar en cargos facturados directamente al paciente.
INFORMACIÓN DEL PACIENTE - PÁGINA 2

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:
-----------	---------	-----------------

INFORMACIÓN DEL SEGURO – Favor de entregar la tarjeta del seguro a la recepcionista.

Información del garante: <input type="checkbox"/> Marque aquí si es la misma que la del/la paciente	
Parte responsable:	Fecha de nacimiento:
Domicilio (si es diferente a la del/la paciente):	Nº de teléfono de la casa:
Ocupación:	Empleador
Dirección del empleador:	Nº de teléfono:

SEGURO PRIMARIO – Nombre de la compañía de seguro:

Nombre del suscriptor:	Nº de seguro social del suscriptor:	
Fecha de nacimiento:	Nº del grupo:	Nº de póliza:
Copago: \$ Relación del/la paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> La misma persona-01 <input type="checkbox"/> Esposo(a)-02 <input type="checkbox"/> Hijo(a)-03 <input type="checkbox"/> Otro:		

SEGURO SECUNDARIO (SI CORRESPONDE) – Nombre de la compañía de seguro:

Nombre del suscriptor:	Nº de seguro social del suscriptor:	
Fecha de nacimiento:	Nº del grupo:	Nº de póliza:
Relación del/la paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> La misma persona-01 <input type="checkbox"/> Esposo(a)-02 <input type="checkbox"/> Hijo(a)-03 <input type="checkbox"/> Otro:		
Es un reclamo por indemnización laboral: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Código de motivo secundario de Medicare (Si Medicare es secundario debe marcar uno):		
<input type="checkbox"/> 12 Beneficiario o cónyuge anciano que trabaja con un plan de salud grupal del empleador		
<input type="checkbox"/> 13 Beneficiario de enfermedad renal en etapa terminal en el período de coordinación obligatorio con un plan de salud grupal del empleador		
<input type="checkbox"/> 14 El seguro principal es el seguro a todo riesgo, incluyendo el de vehículo		
<input type="checkbox"/> 15 Indemnización laboral		
<input type="checkbox"/> 16 Servicio de Salud Pública u otra agencia federal (programa de investigación del gobierno)		
<input type="checkbox"/> 41 Neumoconiosis (pulmón negro)		
<input type="checkbox"/> 42 Administración para Veteranos de Guerra		
<input type="checkbox"/> 43 Beneficiario incapacitado menor de 65 años con un Plan de Cuidado Médico de un grupo grande— Empleadores con más de 50 empleados)		
<input type="checkbox"/> 47 Otro seguro de responsabilidad es el primario (Seguro de propietario)		

¿Cuál es su método de comunicación preferido para recordarle las consultas?

Teléfono Correo regular Web Portal Mensaje de texto No contactarme

CLÁUSULA DE PRIVACIDAD: Una persona es responsable de la invasión constructiva de la privacidad cuando intenta capturar cualquier tipo de imagen visual, grabación de sonido u otra impresión física de otra persona que participa en una actividad personal o familiar en circunstancias en las que esa persona tenía una expectativa razonable de la privacidad. Una persona que viole estas disposiciones estaría sujeta a una multa civil de no menos de \$5.000 y no más de \$50.000 [Código Civil de California, Sección 1708.8].

Community Health Partners cumple con las leyes federales de los derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Firma del/la paciente/del tutor/ Nombre en imprenta

Fecha



Procedimientos y consentimientos del consultorio

Expedientes médicos electrónicos compartidos

Compartimos un sistema de expedientes médicos electrónicos con Community Medical Centers.

Un entorno libre de humo

A fin de proteger la salud de nuestros pacientes, empleados y visitas, se prohíbe fumar en las oficinas de Community Health Partners.

Un entorno libre de armas

No se permiten armas de ningún tipo en ninguna de las oficinas y consultorios de Community Health Partners.

Política de cancelación de las consultas/No presentarse

Nos gustaría brindarle un servicio excepcional. Sin embargo, esto requiere su cooperación. Si no puede asistir a una consulta programada, por favor llámenos con al menos 24 horas de anticipación para que podamos darle su lugar a otro paciente. Si no acude a la consulta o no llama con al menos 24 horas de anticipación, es considerada como una persona que "No se presentó" y puede que le facturen directamente un cargo de \$ 35.00 ya que no está cubierto por ningún plan de seguro.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con la Política de cancelación de consultas/No presentarse.

Firma del/la paciente (si el paciente es menor de edad, firma del garante)

Fecha

Nombre en imprenta



Consentimiento de intercambio de comunicaciones electrónicas

Para brindarle un mejor servicio ofrecemos servicios de comunicación electrónica a través de mensajes de texto, correo electrónico y mensajes de voz. La comunicación electrónica se usa para, pero no se limita a:

- Recordatorios de consultas
- Encuestas a pacientes
- Consejos generales de salud

Al proporcionar mi número de teléfono (incluido un número de teléfono fijo o inalámbrico), doy mi consentimiento para recibir llamadas (incluidas llamadas de marcación automática y mensajes de voz artificial o pregrabados) a ese número de parte de la clínica y sus médicos, agentes y contratistas independientes (incluidas las agencias de servicios y agencias de cobranza) con respecto a los servicios médicos/clínicos y cualquier obligación financiera relacionada.

Si las hubiera, limitaciones en las llamadas:

Si deseo revocar este consentimiento, acepto notificar [inserte la oficina/número de teléfono/dirección de correo electrónico para recibir las revocaciones].

También notificaré a esta oficina si renuncio a cualquier número de teléfono que le dé a la clínica. Entiendo que no estoy obligado(a) a aceptar firmar el Consentimiento de intercambio de comunicaciones electrónicas como condición para recibir servicios en la clínica.

Favor de enumerar los números de teléfono y las direcciones de correo electrónico que permite usar para comunicarse con usted sobre las consultas, encuestas para pacientes y consejos generales de salud.

Número de teléfono celular: _____

Número de línea telefónica fija: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Firma del/la paciente (si el/la paciente es menor de edad, firma del garante)

Fecha

Nombre en imprenta

Formulario de consentimiento de acuerdo y autorización para la prestación de servicios

I. Consentimiento para un diagnóstico y tratamiento

Reconozco y entiendo que, al presentarme en Community Health Partners para recibir tratamiento y atención médica, autorizo y doy mi consentimiento para la administración y realización de todas las pruebas y tratamientos que el médico (y/o el asistente designado) pueda ordenar y que los miembros del personal médico y el personal de Community Health Partners lleven a cabo. Entiendo que parte de mi atención médica puede realizarse mediante consultas remotas de telesalud (también conocidas como telemedicina), y doy mi consentimiento para su uso cuando el personal médico de Community Health Partners lo considere médicamente apropiado. Soy consciente de que la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías como resultado de un tratamiento o examen.

II. Retención de información

Entiendo que Community Health Partners puede registrar, en forma electrónica y física, información médica y de otro tipo sobre mi tratamiento. Dicha información es necesaria en el curso de mi tratamiento y Community Health Partners puede darla a conocer para los fines autorizados en este formulario. Entiendo que partes de mis registros pueden ser divulgados a personal calificado que no pertenece a Community Health Partners con el propósito de realizar investigaciones científicas o estadísticas, auditorías administrativas o financieras, evaluación de programas y licencias u otro propósito similar. No seré indentificado(a) por mi nombre u otra información de identificación personal en ningún informe de dicha investigación, auditoría o evaluación sin mi consentimiento expreso por escrito.

III. Divulgación de información

Por la presente, autorizo a Community Health Partners a divulgar a mis compañías de seguros, grupos de seguros de empleadores, planes de salud, programa de Medicare/Medicaid, sus compañías de seguros o intermediarios cualquier antecedente médico u otra información relacionada con este tratamiento para obtener, en mi nombre, reembolso por el tratamiento y los servicios proporcionados por Community Health Partners y los médicos asociados. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento y por cualquier motivo proporcionando una notificación por escrito a Community Health Partners. Esta autorización no entrará en conflicto con ninguna política interna de Community Health Partners con respecto a la divulgación de información, la cual tendrá prioridad. Esta autorización no está destinada a permitir la divulgación de registros relacionados con mi tratamiento para los servicios que requieren una autorización específica según la ley estatal o federal.

IV. Programa de enseñanza

Entiendo que los residentes, pasantes, estudiantes de medicina, estudiantes de profesiones auxiliares del cuidado de la salud (a decir, personal de enfermería, radiología y terapia de rehabilitación) debidamente supervisados, médicos en formación de posgrado, y otros aprendices pueden observar, examinar, tratar y participar en mi atención como parte de programas educativos.

Formulario de consentimiento de acuerdo y autorización para la prestación de servicios

V. Asignación de beneficios y acuerdo para cooperar en los esfuerzos de cobranza

Teniendo en cuenta los servicios de atención médica que me brinda Community Health Partners, por la presente cedo a Community Health Partners, médicos y otros profesionales asociados con Community Health Partners todos mis derechos y reclamos de reembolso bajo Medicare, Medicaid, o póliza por accidente o seguro de salud de grupo cuyos beneficios pueden estar disponibles para el pago de los servicios prestados. Además, por la presente acepto cooperar personalmente y tomar todas las medidas necesarias, requeridas o razonablemente solicitadas por cualquier fuente de reembolso para efectuar, perfeccionar, confirmar o validar mi asignación y autorización a Community Health Partners como mi cesionario y representante autorizado y para ayudar a Community Health Partners a conseguir el pago de cualquier fuente de reembolso.

VI. Garantía de pago

Entiendo y acepto que soy financieramente responsable de todos los cargos relacionados con los servicios prestados. Si bien mis reclamos pueden ser pagados por las fuentes de cobertura mencionadas anteriormente, reconozco que el pago no está garantizado y que en última instancia soy responsable de pagar a Community Health Partners, los médicos y otros profesionales asociados con Community Health Partners el saldo adeudado de todos los cargos no pagados por la cobertura mencionada anteriormente (excluyendo los cargos que de conformidad con la regulación de Medicare no se pueden cobrar). Esto puede incluir los costos por materia de cobranza y/o los honorarios razonables de abogados.

Al firmar a continuación como mi acto libre y voluntario, constato que he leído cada uno de los puntos anteriores, I-VI, y estoy completamente de acuerdo con cada una de las declaraciones y acuerdos en este documento, que pueden incluir tratamiento hospitalario después de la atención de emergencia o ambulatoria.

_____	_____
Paciente	Fecha
_____	_____
Si el/la paciente es menor de edad, firma del tutor	Fecha
_____	_____
Otro (indique la relación con el/la paciente)	Fecha
_____	_____
Testigo	Fecha

Políticas financieras y de facturación

Gracias por elegir a los médicos de Community Health Partners. Estamos comprometidos a la excelencia clínica para satisfacer sus necesidades de atención médica. Participamos con una variedad de planes de seguro y facturaremos directamente a su seguro como parte de estos planes.

Entendemos que la facturación y el pago de los servicios de atención médica pueden ser confusos y complicados. Es importante que conozca la información contenida en su plan de salud específico, incluidos los copagos y otras disposiciones. Si tiene alguna pregunta, llame al departamento de servicios al miembro de su plan de salud; el número figura en el folleto del plan de beneficios o en su tarjeta de identificación.

Infórmenos de cualquier cambio: Si es paciente actual, infórmenos si desde la última consulta su información personal o de seguro ha cambiado. La falta de información actualizada puede causar retrasos en la atención y responsabilidad por el costo de la consulta.

Traiga la información médica: Traiga la información del seguro a la consulta. Esto incluye la identificación, todas las tarjetas de seguro y formularios de autorización o pases. Le pediremos que firme algunos formularios como una divulgación de información, asignación de beneficios y posiblemente formularios adicionales, según lo requiera la consulta.

Copagos, deducibles y coseguro: Los copagos deben pagarse al momento de la consulta en el consultorio. Según los términos de nuestro contrato con los diversos planes de seguro, no podemos eximir ningún copago, deducible o coseguro definido como responsabilidad del/la paciente. Si tiene alguna pregunta sobre los copagos o deducibles, llame a su compañía de seguros. Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheques, débito, VISA y MasterCard.

Saldos responsables al paciente: Todos los saldos que son responsabilidad del paciente deben pagarse en su totalidad o se debe hacer un arreglo financiero en el momento de la consulta.

Depósitos: Es posible que para ciertos procedimientos deba pagar un depósito o pagar por el servicio completo antes del tratamiento.

Pago puntual: Ofrecemos un descuento por pagos puntuales. Para obtener más detalles, favor de ponerse en contacto con nuestro Departamento de Facturación.

Autorización previa: La mayoría de los planes de salud requieren autorización para servicios electivos. Si su compañía de seguros decide que su servicio no es médicamente necesario, es preexistente o no es un servicio cubierto, se le pedirá que pague antes del momento de recibir el servicio.

Planes de atención médica administrada/HMO: Para recibir la atención de nuestros profesionales de la salud es su responsabilidad asegurarse de que se haya obtenido un pase vigente. Si no se ha obtenido un pase para su consulta, es posible que deba reprogramar la consulta hasta que tenga un pase vigente. Sabemos que esto es un inconveniente, pero sin un pase, nuestro médico no recibirá ningún reembolso por los servicios prestados.

Indemnización laboral: Por favor, traiga su número de reclamo, la fecha de la lesión y la información de indemnización del empleador/la información de la indemnización laboral. Hay que abrir un reclamo y ser válido de acuerdo al estado por el cual lo estamos atendiendo.



Declaraciones: No recibirá una declaración hasta que su compañía de seguros principal haya cumplido con su responsabilidad financiera o se determine que cierto servicio es responsabilidad del/la paciente.

Políticas financieras y de facturación

Quién puede tratar el tema de una factura: La confidencialidad es importante. Nuestros representantes de contaduría solo pueden hablar con el/la paciente o la persona que el/la paciente ha designado por escrito para que reciba la(s) factura(s) en nombre de él o ella.

He leído, entiendo y acepto las Políticas de facturación mencionadas anteriormente. Entiendo que los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros, así como los copagos y deducibles aplicables, son mi responsabilidad. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Community Health Partners. Autorizo a Community Health Partners a divulgar información médica pertinente a mi compañía de seguros cuando se solicite, sea necesaria para obtener autorización para un procedimiento o para facilitar el pago de un reclamo. He proporcionado información completa y precisa y acepto informar a Community Health Partners de cualquier cambio relacionado a mi información de facturación personal o la información de facturación de mi seguro.

Firma del/la paciente (si el/la paciente es menor de edad, firma del tutor)

Fecha

Nombre en imprenta

Community Health Partners cumple con las leyes federales de los derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Su profesional de la salud es miembro de la fundación médica de Community Health Partners. Eso significa que los resúmenes de cuentas de los servicios prestados por el médico provendrán y serán procesados por la fundación médica de Community Health Partners.