

Formulario de registro anual de pacientes

Chart # _____

Estamos obligados a obtener información completa y actualizada de cada paciente anualmente.

Información del paciente

Nombre completo (nombre, segundo nombre y apellido)		Fecha de nacimiento	Género	Número de Seguro Social
			Hombre / Mujer	
Dirección de envío	Ciudad		Estado	Código Postal
Identidad racial	Hispano		Nombre preferido del paciente	
	Sí / No			

El paciente vive con: ___ Ambos padres ___ Madre ___ Padre ___ Otro (por favor especifique) _____

Información para padres/tutores

(Generalmente nos comunicaremos primero con este padre/tutor.)

Nombre de pila		Apellido		Fecha de nacimiento	Género	Número de teléfono preferido
					Hombre / Mujer	
Dirección de envío (si es diferente al paciente)		Ciudad		Estado	Código Postal	
Relación con el paciente	Estado civil	Número de Seguro Social	Ocupación		Empleador	

Información para otros padres/tutores

Nombre de pila		Apellido		Fecha de nacimiento	Género	Número de teléfono preferido
					Hombre / Mujer	
Dirección de envío (si es diferente al paciente)		Ciudad		Estado	Código Postal	
Relación con el paciente	Estado civil	Número de Seguro Social	Ocupación		Empleador	

Información de contacto de emergencia

(Alguien que no sea el padre/tutor del paciente y que no viva con el paciente.)

Nombre	Relación con el paciente	Teléfono móvil #

Información de seguro primario

Información de seguro primario	Nombre del suscriptor	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente
ID de política	Grupo #	Effective Date	¿A través de un empleador?
			Sí / No

Información de seguro secundario

Información de seguro primario	Nombre del suscriptor	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente
ID de política	Grupo #	Effective Date	¿A través de un empleador?
			Sí / No

Los recordatorios de citas de cortesía deben enviarse a:

(Por favor, rellene un número de teléfono móvil y una dirección de correo electrónico.)

Nombre de los padres	Teléfono móvil #	Dirección de correo electrónico

Información de farmacia

Farmacia preferida	Ubicación / Dirección	Número de teléfono

(Continúa en el otro lado →)

Los estados de cuenta y la facturación mensuales deben enviarse a:

Nombre de los padres	Dirección de envío (si es diferente al paciente)	Ciudad	Estado	Código Postal
☐ Marque aquí si prefiere recibir estados de cuenta por correo electrónico.	Dirección de correo electrónico			

Consentimiento para la atención médica de rutina para menores (Enumere todas las personas autorizadas a acompañar a su hijo en su visita.)

Nombre de pila	Apellido	Relación con el paciente

Política financier

Su póliza de seguro es un contrato entre el suscriptor y la compañía de seguros; Drs. Black & Benton, PSC no son parte de ese contrato. La facturación del seguro la presentan Drs. Black & Benton, PSC una sola vez como cortesía al paciente y al garante. Los padres/tutores son financieramente responsables de todos los copagos y deducibles. Los padres/tutores serán responsables del monto total del reclamo del seguro si no se proporciona la información correcta del seguro Drs. Black & Benton, PSC de manera oportuna. Es responsabilidad de los padres/tutores asegurarse de que los proveedores de Drs. Black & Benton, PSC estén dentro de la red de la póliza de seguro. Se espera el pago total al momento del servicio si no hay suficiente cobertura de seguro para los servicios prestados. Ambos padres/tutores son responsables de todas y cada una de las facturas incurridas, independientemente de cualquier decreto de divorcio u orden judicial que indique lo contrario.

En caso de incumplimiento de pago en la cuenta, se agregará a la cuenta un 40% adicional del monto en mora en concepto de honorarios de la agencia de cobranza y, de ser necesario, también se agregarán a la cuenta costos judiciales adicionales y honorarios de abogados. En caso de litigio, se renuncia expresamente a cualquier objeción de jurisdicción. La jurisdicción establecida será el condado de Knox, Tennessee.

Política de servicios no cubiertos

Los médicos del Drs. Black & Benton, PSC quieren brindar la mejor atención posible a cada paciente. Puede haber servicios que el proveedor considere necesarios para el mantenimiento de una buena salud que no estén cubiertos por el contrato de seguro. Es responsabilidad de los padres/tutores saber qué cubre su plan de seguro y abordar cualquier inquietud antes de que se presten los servicios. Se espera que los padres/tutores paguen todos los servicios prestados en su totalidad dentro de los tres (3) meses posteriores a la fecha del servicio, independientemente de si la compañía de seguros ha procesado el reclamo.

Montos de copago y coseguro

Drs. Black & Benton no determinan el monto de su copago o coseguro. Esto lo determina su compañía de seguros. Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a los montos de su copago o coseguro, debe comunicarse con el Administrador de su plan.

Política de citas perdidas

Comuníquese con nuestra oficina al menos 24 horas antes de su cita programada si necesita reprogramar o cancelar. Cualquier cita perdida sin previo aviso de 24 horas o más estará sujeta a un cargo de \$25 que se le cobrará al paciente y no a la compañía de seguros. Además, si se pierden tres o más citas entre todos los pacientes de una familia dentro de 365 días consecutivos, toda la familia estará sujeta a ser despedida del consultorio.

Aviso de política de prácticas de privacidad / HIPAA

Al firmar a continuación, indica que reconoce que se le ha proporcionado una copia del Aviso de Política de Prácticas de Privacidad / HIPAA para que la revise antes de firmar.

Al firmar a continuación, también indica que ha leído y comprende las políticas financieras y de otro tipo de Drs. Black y Benton, PSC, como se describe anteriormente, y que las respuestas incluidas en el frente de este formulario son precisas y completas.

Nombre impreso del padre / tutor _____

Firma _____

Relación con el paciente _____ Fecha _____

Uso exclusivo de oficina	Entered By:	Entered Date:
--------------------------	-------------	---------------