

REGISTRO DE PACIENTES

POR FAVOR, IMPRIMA Y COMPLETE TODAS LAS ENTRADAS		
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, PRIMERO, INITAL)		FDN
DIRECCIÓN	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	
NÚMERO DE TELÉFONO	SEXO (ELIGA UNO) HOMBRE MUJER	ESTADO CIVIL (ELIGA UNO) S M W D SEP
ASEGURADO/RESPONSABLE: RELACIÓN CON EL PACIENTE (ELIGA UNO) CÓNYUGE PADRE TUTOR		
NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO	FDN
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A FAMILIARES O AMIGOS		
NOMBRE	RELACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
NOMBRE	RELACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
NOMBRE	RELACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
PUBLIQUE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN: (ELIGA UNO)		
TODOS LOS REGISTROS CUADRO NOTAS RADIOLOGÍA		
REGISTROS DE VACUNACIÓN INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS		
¿TENEMOS PERMISO PARA DEJARLE UN MENSAJE SOBRE SUS RESULTADOS, CITAS U OTRA INFORMACIÓN MÉDICA? (ELIGA UNO) SÍ NO		
RECONOCIMIENTO DE LA POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE CITAS		
Klein Medical tiene políticas con respecto a las visitas perdidas o canceladas el mismo día. Una cita cancelada con menos de 24 horas de anticipación, limita significativamente nuestra capacidad de hacer citas para otro paciente que lo necesite. Pedimos lo siguiente: 1. Por favor, avise con 24 horas de anticipación en caso de que necesite cancelar o reprogramar su cita. 2. Si llega 15 minutos tarde a su cita, la cita será reprogramada. 3. Una cita perdida "no llego / no llamo" sin previo aviso de 24 horas se le puede cobrar una tarifa de \$ 50.00. 4. Como cortesía, intentamos llamar el día antes de la solicitud de horario para confirmar.		
FIRMA DEL PACIENTE:		FECHA:

Clínica Médica Klein

Formulario de información y consentimiento de HIPAA

La ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico (HIPAA) proporciona salvaguardas para proteger su privacidad. La implementación de los requisitos de HIPAA comenzó oficialmente el 14 de abril de 2003. Muchas de las políticas han sido nuestra práctica durante años. Este formulario es una versión condensada. Un texto más completo está disponible en la oficina.

De qué se trata todo esto: Específicamente, existen reglas y restricciones sobre quién puede ver o ser notificado de su información médica protegida (PHI). Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesaria para proporcionarle servicios de oficina. HIPAA le proporciona ciertos derechos y protecciones como paciente. Equilibramos estas necesidades con nuestro objetivo de brindarle un servicio y atención profesional y de calidad. Información adicional está disponible en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. www.hhs.gov.

Hemos adoptado las siguientes políticas:

1. La información del paciente se mantendrá confidencial, excepto cuando sea necesario para proporcionar servicios o para garantizar que todos los asuntos administrativos relacionados con su atención se manejen adecuadamente. Esto incluye específicamente el intercambio de información con otros proveedores de atención médica, laboratorios, pagadores de seguros de salud según sea necesario y apropiado para su atención. Los archivos de los pacientes pueden almacenarse en estantes de archivos abiertos y no contendrán ninguna codificación que identifique como condición de un paciente o información que no sea ya un asunto de registro público. El curso normal de la prestación de atención significa que dichos registros pueden dejarse, al menos temporalmente, en áreas administrativas como la oficina principal, las salas de examen, etc. Esos registros no estarán disponibles para personas que no sean el personal de la oficina. Usted acepta los procedimientos normales utilizados dentro de la oficina para el manejo de gráficos, registros de pacientes, PHI y otros documentos o información.
2. Es política de esta oficina recordar a los pacientes sus citas. Podemos hacer esto por teléfono, correo electrónico, correo postal de EE. UU. o por cualquier medio conveniente para la práctica y/o según lo solicite usted. Podemos enviarle otras comunicaciones informándole de cambios en la política de la oficina y nuevas tecnologías que puedan encontrar valiosas o informativas.
3. La práctica utiliza varios proveedores en la conducción de negocios. Estos proveedores pueden tener acceso a la PHI, pero deben aceptar cumplir con las reglas de confidencialidad de HIPAA.
4. Usted comprende y acepta las inspecciones de la oficina y la revisión de documentos que pueden incluir PHI por parte de agencias gubernamentales o pagadores de seguros en el desempeño normal de sus funciones.
5. Usted acepta llevar cualquier inquietud o queja con respecto a la privacidad a la atención del gerente de la oficina o del médico.
6. Su información confidencial no se utilizará con fines de marketing o publicidad de productos, bienes o servicios.
7. Aceptamos proporcionar a los pacientes acceso a los registros de acuerdo con las leyes estatales y federales.
8. Podemos cambiar, agregar, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para atender mejor las necesidades tanto de la práctica como del paciente.
9. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en el uso de su información médica protegida y solicitar un cambio en ciertas políticas utilizadas dentro de la oficina con respecto a su PHI. Sin embargo, no estamos obligados a alterar las políticas internas para cumplir con su solicitud.

Por la presente, doy mi consentimiento y reconozco mi acuerdo con los términos establecidos en _____

(Nombre del paciente)

el FORMULARIO INFORMATIOIN HIPAA y cualquier cambio posterior en la política de la oficina / Entiendo que este consentimiento

permanecerán en vigor a partir de este momento.

Fecha: _____

Clínica Médica Klein
Reconocimiento de la responsabilidad financiera

Recuerde que el seguro se considera un método para reembolsar al paciente los honorarios pagados al médico y no es un sustituto del pago. Algunas compañías pagan asignaciones fijas para ciertos procedimientos y otras pagan un porcentaje del cargo. Es su responsabilidad pagar cualquier cantidad deducible, coseguro, copago o cualquier otro saldo no pagado por su seguro. Se requiere una copia actual de su tarjeta de seguro en cada visita, si no se proporciona una copia actual o si la información proporcionada está incompleta y / o no se puede verificar, el paciente debe considerarse **Pago privado** y deberá pagar cada visita en su totalidad en el momento del servicio hasta que se proporcione información válida.

CON EL FIN DE CONTROLAR SU COSTO DE FACTURACIÓN, SOLICITAMOS QUE NUESTROS CARGOS POR VISITAS AL CONSULTORIO SE PAGUEN AL COMIENZO DE CADA VISITA.

Si esta cuenta se asigna a un abogado para cobro y / o demanda, la práctica tendrá derecho a honorarios razonables de abogados y costos de cobranza.

AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN MÉDICA O DE OTRO TIPO NECESARIA PARA PROCESAR UN RECLAMO DE SEGURO EN MI NOMBRE. PERMITO QUE SE UTILICE UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN EN LUGAR DEL ORIGINAL.

Certifico que toda la información proporcionada en el registro es verdadera y correcta a mi saber y entender. Entiendo que falsificar o proporcionar información al registrarse es causa de despido como paciente de esta clínica. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre. Asigno los beneficios pagaderos a los que tengo derecho, incluidos Medicare, Seguro Privado y otros Planes de Salud, a la práctica como se indica al registrarme. La asignación permanecerá vigente hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como un original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea pagados o no por dicho seguro.

Nombre del paciente (**NOMBRE ESCRITO**) DOB del paciente

Nombre y número de contacto de emergencia

Firma del paciente, tutor o representante legal Fecha

Nombre impreso del tutor o representante legal si no es paciente (**NOMBRE ESCRITO**)

NOTA: ESTE FORMULARIO DEBE ACTUALIZARSE CADA 6 MESES Y/O CADA VEZ QUE HAYA UN CAMBIO EN LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y/O DEL SEGURO... ¡SIN EXCEPCIONES!