Información Confidencial

Por favor imprima

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Paciente existente**: Revise toda la información que ha cambiado desde su última visita

***Formulario De Inscripción Para El Paciente***

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: Masculino\_\_\_ Femenino\_\_\_ Num. SS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado Civil: Casado/a- Solt- sep – Viudo - Div

Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Esposo/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono de Esposo/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Si el paciente es menor de edad, o si el paciente depende del plan de seguro de otra persona, por favor complete la siguiente información:***

Nombre de la persona responsable por la cuenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de SS de la persona responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombres Padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del empleador y dirección de trabajo (si es diferente a la de arriba): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Información del seguro:***

Nombre del seguro primario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Copago $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero del grupo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del seguro secundario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Copago $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de Póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero del grupo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Felación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Del seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Contacto de emergencia:***

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Farmacia de preferida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿cómo supiste de nosotros? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿ha completado la directiva anticipada? si no ¿ha completado el formulario POLST? sí no

¿es donante de Órganos: sí no

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente o padre/guardián del niño menor Fecha

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| ***Información adicional del paciente:***  **Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **\* raza del paciente:** Indio americano/nativo de Alaska  Negro/afroamericano  Otros   Hawaiano nativo/isleño del Pacífico  Blanco  Asiático  Declined  **\* etnicidad del paciente:** Hispanos o latinos  No hispanos o latinos  Disminuido  **\* el paciente prefiere Idioma:** Inglés  Español  **** Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *\* la recopilación de esta información es legal y autorizada bajo el título VI de la ley de derechos civiles de 1964. El propósito de reunir esta información es mejorar la calidad general de la atención médica ofrecida. La información recabada es útil para medir las tendencias, identificar las brechas de disparidad en la atención sanitaria e implementar una intervención específica hacia poblaciones específicas que pueden tener un mayor riesgo de padecer ciertas enfermedades. Esta información nunca será utilizada para perfilar a los pacientes o discriminar a los pacientes de ninguna manera.*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Solicitud de comunicaciones confidenciales sobre información médica:**  Solicito que Saint Moscati se comuníque conmigo confidencialmente sobre asuntos médicos de la siguiente manera:  **Método de contacto preferido del paciente:**  Teléfono  Correo electrónico \* \*  **¿le gustaría que la clínica le dejara información médica en un buzón de voz?**  Sí  No  **¿le gustaría estar inscrito en el portal del paciente para acceder a su archivo de salud?**  Sí  No  **¿desea recibir notificaciones de texto para recordatorios de citas?**  Sí  No  Saint Moscati puede revelar mi información de salud protegida (PHI) a la siguiente persona (s)  *(por favor note: Si usted quiere permitirnos revelar la PHI a su cónyugepulsera/etc, su nombre debe ser listado abajo):*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Consentimiento para obtener el historial de medicamentos de las farmacias mediante e-prescripción:**  Por la presente doy mi consentimiento para Saint Moscati, incluyendo a sus profesionales y empleados autorizados, para acceder, utilizar y divulgar mi información médica protegida a las farmacias que utilizo actualmente o que usará en el futuro con el fin de les transmitía prescripciones para mi tratamiento. Consiento la divulgación de mi información sobre medicamentos recetados por cualquier proveedor, proveedor de salud mental, farmacia, asegurador o gerente de beneficios de prescripción, específicamente incluyendo cualquier programa de salud estatal o federal para Saint Moscati y farmacias con el propósito de mi tratamiento. Mi consentimiento incluye la re-divulgación de la información de salud protegida mantenida por un programa de tratamiento de drogas o alcohol.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***Firma del paciente o representante legal Fecha Relación con el paciente*** |

**Asignación de beneficios de seguro/divulgación de información**

Autorizo a San Moscati para divulgar cualquier información incluyendo los expedientes de cualquier tratamiento o examinación rendida durante el período de tal cuidado a los pagadores de tercera persona y/o a los médicos de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pagar directamente Saint Moscati beneficios de otro modo pagaderos a mí. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la factura real por los servicios. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre por mí mismo de mis dependientes. Autorizo el uso de mi firma en todas mis presentaciones de seguro.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente o padre/guardián del niño menor Fecha

**Autorización de Medicare**

Si Usted está cubierto por Medicare, Por favor firme y feche abajo

Solicito el pago de los beneficios autorizados de Medicare sea hecho a mí o en mi nombre a Juan Luis Castillo, FNP-C/Saint Moscati para cualquier servicio proporcionado por SM. Autorizo a cualquier titular de la información médica sobre mí para liberar a el centro de servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y sus agentes cualquier información necesaria para determinar Estos beneficios pagaderos para los servicios relacionados. Entiendo mi firma solicita que el pago sea hecho y autorice la divulgación de la información médica necesaria para pagar la demanda. Si "otro seguro de salud" se indica en el punto 9 del formulario HCFA-1500, o en otra parte en otros formularios de reclamación aprobados o reclamaciones enviadas electrónicamente, mi firma autoriza la publicación de la información al asegurador o Agencia demostrada. En Medicare casos asignados, el proveedor de atención médica o el proveedor acuerda aceptar la determinación de la carga del portador de Medicare como la carga completa, y el paciente es responsable solamente del deducible, del co-seguro, y de los servicios no cubiertos, el co-seguro y el deducible se basan sobre la carga determinación del transportista de Medicare.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del beneficiario Fecha

**Reconocimiento del paciente del recibo del aviso de las prácticas de la intimidad, derechos y responsabilidades del paciente**

**Políticas de la oficina y política financiera**

Su nombre y firma a continuación indican que ha recibido una copia de San Moscati sobre aviso de prácticas de privacidad y derechos y responsabilidades del paciente en la fecha indicada. Si tiene alguna pregunta sobre la información de avisos de prácticas de privacidad, por favor no dude en ponerse en contacto con el administrador de la práctica como se indica en el aviso. Su firma también indica que ha recibido una copia de la política financiera de san moscati. Por mi firma estoy de acuerdo con los términos esbozados en las políticas financieras. Por favor de llamar o de ponerse en contacto con nosotros si tiene alguna pregunta.

Nombre del paciente (impreso): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente o padre/guardián del niño menor Relación a (si no paciente)

**Consentimiento para el tratamiento**

Yo (o mi tutor legal/Padre) autorizo a San Moscati que me proporcione con el cuidado razonable por las pautas actuales de las mejores prácticas y normas.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente o padre/guardián del niño menor Fecha