



Formulario de información para el paciente
POR FAVOR PRESENTE SU TARJETA DE SEGURO ACTUAL Y SU ID PARA FOTOCOPIAR

Información General

Apellido: _____ Nombre: _____

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa #: _____ Celular#: _____

Correo electrónico: _____

Nombre de su Farmacia: _____ Número de la Farmacia#: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Número de teléfono de emergencia #: _____ Celular#: _____

Idioma primario hablado en casa: _____

Ingreso del hogar anual (Circule uno):

- | | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <\$10,000 | <input type="checkbox"/> \$10,000-15,000 | <input type="checkbox"/> \$15,000-20,000 | <input type="checkbox"/> \$20,000-\$30,000 | <input type="checkbox"/> \$30,000-40,000, |
| <input type="checkbox"/> \$40,000-50,000 | <input type="checkbox"/> >\$50,000 | | | |

Seguro Primario

Seguro Primario: _____ Número del ID del seguro#: _____

Número del Grupo #: _____

Relación al Asegurado: Propio: Esposo/a Hijo/a Otro

Nombre del asegurado/a: _____

Fecha de nacimiento del asegurado/a: _____

Dirección de envío: _____

Seguro Secundario

Nombre del seguro: _____ Número del ID del seguro: _____

Número del grupo: _____

Relación al asegurado/a: Propio: Esposo/a: Hijo/a Otro

Nombre del asegurado/a: _____

Fecha de nacimiento del asegurado/a: _____

Dirección de envío: _____

Información HIPAA & Formulario de Consentimiento

La portabilidad de seguro de salud y la Ley de Responsabilidad (HIPAA) establece salvaguardias para proteger su privacidad. Implementación de los requisitos de HIPAA comenzó oficialmente en Abril 14,2003. Esta forma es una versión amigable. Un texto más completo se puede encontrar en la oficina. De qué se trata todo esto: Hay reglas y restricciones sobre quién puede ver o ser notificado de su información de salud protegida (PHI). Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesaria para ofrecerle servicios de oficina. Hipaa ofrece ciertos derechos y protecciones a usted como paciente. Equilibramos estas necesidades con nuestro objetivo de proporcionarle servicio profesional y atención de calidad. Información adicional está disponible en los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos. www.hhs.gov

Hemos adoptado las siguientes políticas:

1. La información del paciente se mantendrá confidencial , salvo que sea necesario para proporcionar los servicios o para asegurar que todos los asuntos administrativos relacionados con su cuidado se manejan apropiadamente. Esto incluye específicamente el intercambio de información con otros profesionales de la salud , laboratorios, los pagadores de seguros de salud que sea necesario y apropiado para su cuidado. Archivos de los pacientes pueden ser almacenados en bastidores de archivos abiertos y no contienen ningún tipo de codificación que identifica la condición de un paciente o información que no es ya un asunto de interés público. El curso normal de la prestación de atención significa que tales registros se pueden dejar, en las áreas administrativas, tales como la oficina , sala de examinación , etc. Estos archivos no estarán disponibles para personas que no sean personal de la oficina. Usted está de acuerdo con 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 para recordar a los pacientes de sus citas. Podemos hacer esto por teléfono , correo electrónico, correo, o por cualquier medio conveniente para el práctica y / o según lo solicitado por usted. Podemos enviarle otras comunicaciones que le informa de los cambios en la política de la oficina y la nueva tecnología que le puede resultar útil o informativo.
3. La práctica utiliza un número de proveedores en el ejercicio de la actividad. Estos proveedores pueden tener acceso a phi , pero deben estar de acuerdo en cumplir las normas de confidencialidad de HIPAA.
4. Usted entiende y está de acuerdo con las inspecciones de la oficina y la revisión de los documentos que puede incluir PHI por agencias gubernamentales o pagadores de seguros en el desempeño normal de sus funciones.
5. Usted se compromete a llevar a cualquier preocupación o quejas con respecto a la privacidad de la atención de la gerente de la oficina o el médico.
6. Su información confidencial no será utilizada para los fines de marketing o publicidad de los productos, bienes o servicios.
7. Estamos de acuerdo en proporcionar a los pacientes el acceso a sus registros de conformidad con las leyes estatales y federales.
8. Podemos cambiar, añadir , eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para servir mejor a las necesidades tanto de la práctica y los pacientes.
9. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en el uso de su información de salud protegida y solicitar cambio de ciertas políticas utilizadas dentro de la oficina con respecto a su PHI. Sin embargo , no estamos obligados a modificar las políticas internas para cumplir con su solicitud.

Yo, _____ Fecha _____

Por la presente autorizo y reconozco mi acuerdo con los términos establecidos en el FORMULARIO DE INFORMACIÓN HIPAA y cualquier cambio posterior en la política de la oficina . Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor a partir de este momento en adelante.

Autorización para soltar información médica

Por la presente autorizo y dirijo mi seguro para pagar directo a **Saint James Health, Inc.** cualquier beneficio debido conmigo bajo mi plan de seguro. Estoy de acuerdo en pagar el saldo de los gastos no pagados bajo este plan.

También autorizo a **Saint James Health, Inc** para liberar a mi compañía de seguros cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo.

Asigné a **Saint James Health, Inc** todo mi derecho y beneficios bajo cualquier contrato de seguro para el pago por los servicios prestados a mí por **Saint James Health, Inc.**

Yo , además, y, además, autorizo **Saint James Health, Inc** para presentar reclamaciones de seguros en mi nombre por los servicios prestados a mí como resultado de un / reclamación de responsabilidad personal los trabajadores del automóvil de compensación incluyendo la presentación de arbitraje y litigio.

Autorizo **Saint James Health, Inc** para actuar en mi nombre. usted es responsable de su copago en el momento de los servicios. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de las personas y ofrecer con este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Si usted tiene alguna objeción a esta forma por favor hable con alguien de nuestra oficina en persona o por teléfono en nuestro número de teléfono principal. Su firma es únicamente para reconocimiento que ha recibido este aviso de nuestras prácticas de privacidad.

Por la presente doy permiso para contactar con mi médico o profesional de la salud las facilidades para obtener los reportes médicos anteriores.

Reconozco que he recibido una copia de la declaración de derechos de los pacientes.

Firma: _____ Fecha: _____
(firma del asegurado o persona autorizada , paciente o sus padres si es menor)

Liberación de información médica del paciente

Por favor complete esta sección con el nombre de cualquier persona que no sea usted que le gustaría tener acceso a su información médica. Si no hay nombres puestos sólo seremos capaces de hablar con usted acerca de su cuidado de la salud. Por favor considere si quieres familiares o amigos que tengan acceso a su información de salud.

Nombre: _____ Relación: _____
Nombre: _____ Relación: _____

He leído y estoy de acuerdo para liberar mis registros médicos a las personas mencionadas anteriormente.

Firma: _____ Fecha: _____