



New Patient Paperwork in Spanish

REGISTRO DE PACIENTES:

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____

Estado / Código postal: _____

Teléfono de casa: _____

Número de celular: _____

Teléfono de trabajo: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Número de seguro social: _____

Sexo: M _____ F _____ Estado civil: C _____, S _____, D _____, V _____, Otro _____

Ocupación: ____ Empleado, ____ Estudiante tiempo completo, ____

Estudiante tiempo parcial, ____ Jubilado ____, Trabajador por cuenta propia ____, Desempleado ____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Teléfono comercial: _____

Contacto de emergencia: _____

Teléfono: _____

Relación de contacto de emergencia con el paciente:

Dirección de emergencia:

Acepto que la información proporcionada en este formulario es precisa y está actualizada a mi lea saber y entender.

Firma del paciente (o parte responsable): _____

Fecha: _____



New Patient Paperwork in Spanish

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO:

Nombre del asegurado: _____

Compañía de seguro / Número de teléfono: _____

Identificación del suscriptor (Número de póliza) _____

Identificación del grupo: _____ Copago: _____

Fecha efectiva: _____ Fecha de terminación: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

SEGUNDA INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Nombre del asegurado: _____

Compañía de seguro/ Número de teléfono: _____

Identificación del suscriptor (Número de póliza) _____

Identificación del grupo: _____ Copago: _____

Fecha efectiva: _____ Fecha de terminación: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

Acepto que la información proporcionada en este formulario es precisa y está actualizada a mi lea saber y entender.

Firma del paciente (o parte responsable): _____

Fecha: _____



New Patient Paperwork in Spanish

Consentimiento del paciente para el uso y divulgación de información médica protegida y privacidad de HIPAA

Por la presente, doy mi consentimiento para que Lakeview Healthcare System use y divulgue información médica protegida sobre mí para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica. El Aviso de prácticas de privacidad proporcionado por Lakeview Healthcare System describe dichos usos y divulgaciones de manera más completa.

Tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. Lakeview Healthcare System se reserva el derecho de revisar su aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Se puede obtener un Aviso de prácticas de privacidad revisado enviando una solicitud por escrito a Lakeview Healthcare System.

Con este consentimiento, Lakeview Healthcare System puede llamar a mi lugar de residencia u otra ubicación alternativa y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude a la práctica a llevar a cabo TPO, como recordatorios de citas, elementos del seguro y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, incluidos los resultados de las pruebas de laboratorio, entre otros.

Con este consentimiento, Lakeview Healthcare System puede enviar por correo a mi casa u otra ubicación alternativa cualquier artículo que ayude al consultorio a llevar a cabo la TPO, como tarjetas recordatorias de citas y estados de cuenta del paciente. Tengo derecho a solicitar que Lakeview Healthcare System restrinja cómo usa o divulga mi PHI para llevar a cabo TPO. La práctica no está obligada a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligada por el acuerdo.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para permitir que Lakeview Healthcare System use y divulgue mi PHI para llevar a cabo TPO. Puedo revocar mi consentimiento por escrito excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho divulgaciones en base a mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, o luego lo revoco, Lakeview Healthcare System puede negarse a brindarme tratamiento.

Definición de TPO: Tratamiento, Pago, Operación

Firma del paciente / padre / guardián / representante del paciente:

_____ **Fecha:** _____



New Patient Paperwork in Spanish

DIVULGACIONES A AMIGOS Y / O FAMILIARES

Liste todas las personas a las que podemos informar sobre su condición médica general y diagnóstico:

Liste todas las personas a las que podemos informar sobre su afección solo en una situación de emergencia:

Yo, el abajo firmante certifico que yo o mi dependiente tenemos seguro con

(nombre del seguro):

Y asignados directamente al Dr. _____, todos los beneficios del seguro, si los hubiera, pagaderos a mí por el servicio prestado. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por el seguro. Por la presente autorizo al médico a divulgar toda la información para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de la firma en TODAS las presentaciones de seguros.

Firma de la parte responsable: _____

Relación con el paciente: _____ **Fecha:** _____

Nota: Esta clínica utiliza un registro de salud electrónico que actualizará todos sus datos demográficos a la información que acaba de proporcionar. Tenga en cuenta que esta información también se actualizará para su conveniencia para todas nuestras clínicas afiliadas que comparten un registro de salud electrónico en el que tiene una relación.



New Patient Paperwork in Spanish

Retiro de Pedidos con Receta Para Medicamento:

Puede haber ocasiones en las que necesite que un amigo o familiar recoja un pedido de receta en el consultorio de su médico. Para que podamos entregarle una receta a su familiar o amigo, necesitaremos tener un registro de su nombre. Antes de la publicación del guión, la persona designada deberá presentar una identificación con foto válida y firmar la receta.

_____ (Iniciales del paciente / representante) Deseo designar a la siguiente persona para que recoja un pedido de prescripción médica en mi nombre:

Nombre: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

(Iniciales del paciente / representante) **No deseo designar a nadie** para que recoja el pedido de mi receta (guión) _____

Firma del paciente / padre / guardián / representante del paciente:

Directiva anticipada / Testamento vital / Poder notarial / 5 deseos / no resucitar:

Entiendo que tengo derecho a aceptar y rechazar tratamiento médico y a ejercer mi derecho e implementar una directiva anticipada. Una directiva anticipada se refiere a cualquier documento legal que informa a los miembros de la familia y al personal médico cómo desea que lo traten si está hospitalizado y no puede comunicar sus deseos. Por favor marque las siguientes declaraciones que se apliquen: Nos gustaría una copia para nuestros registros.

_____ He ejecutado una directiva avanzada

_____ NO he ejecutado una directiva anticipada

Marque el (los) que tiene y puede proporcionar copias a nuestra oficina:

_____ Testamento vital

_____ Poder notarial médico duradero

_____ 5 deseos

_____ No resucitar (DNR)

Firma de la parte responsable: _____

Relación con el paciente: _____ **Fecha:** _____

Consentimiento para divulgar información confidencial:

Nombre del paciente: _____



New Patient Paperwork in Spanish

Fecha de nacimiento: _____

Por la presente autorizo la solicitud de que se divulgue una copia de mis registros médicos de la siguiente manera: (circule uno)

REGISTROS QUE SE LIBERARÁN A / DESDE: REGISTROS QUE SE LIBERARÁN DE / A:

_____ Esta autorización es para cubrir TODOS los registros contenidos en mi archivo.

_____ Esta divulgación es para cubrir TODOS los registros hospitalarios necesarios para la atención continua.

_____ Esta autorización es para cubrir TODOS los registros contenidos en mi expediente médico EXCEPTO:

_____ Cualquier historial / tratamiento psiquiátrico

_____ Cualquier registro / tratamiento relacionado con las drogas

_____ Cualquier registro / tratamiento relacionado con el alcohol

Entiendo que el propósito de la divulgación del registro es la continuidad de mi atención médica. La información contenida en mi (s) expediente (s) médico (s) puede incluir diagnóstico, evaluación y / o tratamiento de cualquier condición mental o emocional. Esto también puede incluir adicciones relacionadas con el alcohol y / o las drogas. La información sobre la infección por VIH con cualquier agente causante probable del SIDA también se considera parte de mi historial médico. El vencimiento de este comunicado es un año a partir de la fecha de la firma. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando y proporcionando a Lakeview Healthcare System por escrito. La revocación por escrito entrará en vigencia en la fecha de la notificación, excepto para cualquier acción ya tomada. Cualquier información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad. Al autorizar el uso o divulgación de información, no se impondrán condiciones a mi atención médica de pago de mi atención médica. Tengo derecho a recibir una copia de este formulario después de haberlo firmado. De conformidad con la Ley del Estado de Florida, es posible que deba pagar una tarifa por la recuperación y fotocopiado de registros y / o la supervisión de inspecciones de registros médicos.

Firma del paciente / padre / guardián / representante del paciente:

_____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Formulario de responsabilidad del paciente:



New Patient Paperwork in Spanish

El paciente es responsable de proporcionar a Lakeview Healthcare System la información más correcta, activa y actualizada sobre su seguro antes de cada visita.

Lakeview Healthcare System facturará al seguro proporcionado más recientemente por el paciente. Si la información proporcionada por el paciente es inexacta y el seguro niega el reclamo, el paciente será responsable del resto de la visita. Tenga en cuenta que con algunas compañías de seguros hay plazos de presentación oportunos, ya que proporcionar información correcta en el momento del servicio es fundamental. La presentación oportuna significa que es posible que el plan de seguro del paciente no pague el reclamo después de un cierto período de tiempo después del servicio.

Los pacientes son responsables del pago de los copagos en el momento del servicio.

Los pacientes son responsables de pagar cualquier coseguro, deducibles y todos los demás procedimientos o tratamientos que no estén cubiertos por su plan de seguro.

Lakeview Healthcare System no es responsable de saber qué cubre o no cubre cada plan de seguro individual. Si el paciente tiene preguntas sobre su plan y qué servicios están cubiertos, debe comunicarse con su seguro.

En caso de que el plan de salud de un paciente determine que un servicio "no es pagadero", el paciente será responsable del cargo completo y aceptará pagar los costos de todos los servicios prestados.

Los pacientes tienen derecho a consultar con su seguro sobre la cobertura antes de recibir cualquier servicio proporcionado en Lakeview Healthcare System.

La póliza de seguro médico del paciente es un contrato entre el paciente y su Compañía de seguro médico o empleador. Es responsabilidad del paciente saber si su seguro tiene reglas o regulaciones específicas, como la necesidad de derivaciones, certificaciones previas, autorizaciones previas y límites en los cargos ambulatorios, independientemente de si nuestros médicos participan.

El paciente es responsable de saber si nuestro médico está dentro de la red con su plan de seguro y si los servicios están cubiertos. Cualquier saldo aplicado a una tarifa fuera de la red será responsabilidad del paciente.

Si el paciente no está asegurado, el paciente acepta pagar los servicios médicos que se le presten en el momento del servicio.

Es posible que Medicare no cubra algunos de los servicios que recomienda el médico del paciente. Se informará al paciente con anticipación y se le entregará un Aviso de Beneficiario Avanzado (ABN) para que lo lea y firme. El ABN ayudará al paciente a decidir si desea recibir servicios, sabiendo que puede ser responsable del pago. Los pacientes deben leer la ABN detenidamente.



New Patient Paperwork in Spanish

El paciente acepta que, a cambio de los servicios que le brinda Lakeview Healthcare System, pagará su cuenta en el momento en que se preste el servicio o al procesar la reclamación del seguro. Si es necesario un plan de pago, el paciente comprende que el acuerdo es para el pasado. solo los saldos adeudados, y que todos los copagos, coaseguros y / o deducibles futuros vencen al momento del servicio. Si la compañía de seguros o el plan de salud del paciente asigna copagos, coaseguros y / o deducibles, este acuerda pagarlos a Lakeview Healthcare System.

Compensación al trabajador y reclamos de automóviles. Lakeview Healthcare System no acepta ni presenta reclamaciones de compensación de trabajadores o de automóviles.

He leído lo anterior y entiendo el contenido de este formulario. Se me ha brindado la oportunidad de hacer cualquier pregunta y estoy satisfecho con mi conocimiento actual sobre las políticas del Lakeview Healthcare System con respecto a las responsabilidades del paciente.

Firma del paciente / padre / guardián / representante del paciente:

_____ **Fecha:** _____