



Bienvenido a Nuestra Práctica!

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Nombre Preferido: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal _____
Numero de Teléfono Principal: _____ (marque uno) Celular Casa Trabajo
Numero de Teléfono Alternativo: _____ (marque uno) Celular Casa Trabajo Otro Tipo _____
Sexo: H M Estado Civil: Soltero Casado Separados Divorciados Viudo Compañero
¿Cómo supiste de nosotros? _____

PHARMACIA PREFERIDA: (Nombre/locación/teléfono) _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____ Relación: _____

SEGURO PRIMARIO (Toda la información es necesaria si no se ha proporcionado la tarjeta de seguro, de lo contrario sólo rellene los campos en negrita)

Nombre de la Compañía Aseguradora: _____ **Dirección Completa:** _____

Suscriptor/Identificación de Miembro: _____ **Número o del Grupo:** _____

Tomador/Garante: _____
Apellido Primero inicial del segundo nombre

Relación al Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

SEGURO MEDICO ADICIONAL (si es aplicable)

Nombre de la compañía aseguradora: _____ **Dirección Completa:** _____

Suscriptor/Identificación de Miembro: _____ **Número del Grupo:** _____

Tomador/Garante: _____
Apellido Nombre inicial del segundo nombre

Relación al Paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Autorización y Reconocimiento

Por la presente declaro que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo Consultores Neurología Infantil de Austin para liberar cualquier información adquirida en el curso de mi tratamiento a mi compañía de seguros, médicos, instituciones o terceros pagadores, como se requiere para ciertas reclamaciones presentadas.

Firma del Padre o Guardián

Nombre Impreso

Fecha

Consentimiento Para Tratar

Doy mi consentimiento para el tratamiento de manera voluntaria. Permito la instalación y sus empleados, médicos y otras personas involucradas en mi cuidado a tratarme de manera que estimen que es beneficioso para mí. Yo entiendo que tengo el derecho de hacer preguntas y recibir información acerca de mi cuidado y tratamiento, y el derecho a retirar mi consentimiento para el tratamiento o pruebas.

Doy mi consentimiento a los exámenes, análisis de sangre (incluidos análisis de sangre para enfermedades contagiosas como la hepatitis, y el VIH / SIDA cuando el personal de salud se han expuesto a mi sangre y / o fluidos corporales) , los procedimientos de laboratorio y de imagen , medicamentos , infusiones , cuidados de enfermería y otros servicios o tratamientos prestados por mi médico , los médicos y sus asociados y asistentes , consultoría o prestados por personal de la instalación con arreglo a las instrucciones, órdenes o indicaciones de dicho médico (s) .

Si considere necesario mi médico, doy mi consentimiento para el fotografiado o la grabación en vídeo, incluyendo el cuerpo, con fines de documentación de expedientes médicos y médicas, siempre y cuando dichas fotografías o videos se mantienen y liberados de conformidad con la normativa información de salud protegida.

Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y entiendo que ninguna garantía ha estado o puede estar hecho de los resultados de los tratamientos, cuidado o exámenes en la instalación.

El abajo firmante certifica que él/ella ha leído lo anterior, entiende, acepta sus términos, ha recibido una copia de la misma y es el paciente o está debidamente autorizado por el paciente como su agente de ejecutar los anteriores.

Firma del Padre o Guardián: _____ **Fecha:** _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Reconocimiento de Prácticas de Privacidad y Recibo

Debido a la Ley de Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996, la siguiente información debe ser completado y actualizado anualmente por el paciente o guardián:

En el caso de que un miembro de la familia o el cuidador atiende mis visitas a la oficina y se encuentra en la sala de examen en el momento de mi evaluación y / o tratamiento, que doy Neurología Infantil consultores de Austin y sus proveedores y empleados mi permiso para hablar libremente de mi condición, el tratamiento o el diagnóstico con esa persona presente.

(Circule una respuesta) SI NO

Aviso de prácticas de privacidad:

Al firmar abajo, reconozco que se me ha proporcionado una copia del Aviso de prácticas de privacidad Forma (Rev. 06/16) para su revisión y una copia personal para mantener de esta instalación será proporcionado a petición.

Firma del Padre o Guardián: _____ **Fecha:** _____

Relación al Paciente: _____

Divulgación de Información Personal de la Salud (PHI)

Esta información debe ser completada y actualizada cada 6 meses por parte del paciente o guardián.

Este comunicado autoriza Consultores Neurología Infantil de Austin para discutir la información médica con respecto a mi cuidado, condición, tratamiento o diagnóstico con lo siguiente:

- Solamente el Paciente**
- Esposo/Esposa (Especificar Nombre de Esposa/Esposo):** _____
- Padre(s) (Especificar Nombre del Padre/Madre):** _____
- Otros (Especificar Por Favor):** _____

¿Cuál manera de contacto de mensaje automático prefiere?

Notificaciones de Salud	<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Correo Electrónico	<input type="checkbox"/> Texto
Sitas	<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Correo Electrónico	<input type="checkbox"/> Texto
Anuncios	<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Correo Electrónico	<input type="checkbox"/> Texto
Facturación	<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Correo Electrónico	<input type="checkbox"/> Texto

Al comunicarse con usted con resultados tales como laboratorios, rayos X, etc., por favor marque una o todas deseada:

- Teléfono: _____ ¿Podemos dejar un mensaje detallado: **SI / NO**
- Trabajo Teléfono: _____ ¿Podemos dejar un mensaje detallado: **SI / NO**
- Celular: _____ ¿Podemos dejar un mensaje detallado: **SI / NO**

Las siguientes personas pueden recoger muestras de medicamentos y/o recetas en mi nombre:

- Solamente el Paciente**
- Esposo/Esposa (especificar nombre del cónyuge):**
- Padre(s) (Especificar nombre de padres):**
- Otro (Por favor especifique):**

Firma del paciente o padre/guardián: _____ **Fecha de hoy:** _____

Relación al Paciente: _____

Nombre de Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

POLÍTICAS DE LA OFICINA

Creemos firmemente todos los pacientes merecen la mejor atención médica que podemos ofrecer. Hemos preparado este material para que se familiarice con nuestra oficina y políticas financieras.

Por favor inicial

Todos los Pacientes

_____ Una cuota de reserva de \$25.00 puede ser necesaria cuando la programación de citas futuras debido a una historia de no presentarse a las citas. Por favor, llame 24 horas antes de la hora de su cita si no puede hacerlo.

_____ Un cargo de \$25.00 evaluarse en todos los cheques **devueltos**.

_____ Yo entiendo que, si no pago las cantidades adeudadas, la clínica tiene el derecho de obtener una agencia de colección exterior y/o abogado para cobrar la deuda no pagada. Entiendo que cualquier deuda sin pagar serán reportados a las agencias de reporte de crédito. Además, entiendo que seré responsable de los cargos adicionales o cargos incurridos por asegurar la agencia de cobros o abogado ~ incluyendo los honorarios razonables de abogados.

_____ Yo entiendo que soy responsable de actualizar mi información (los seguros, dirección, números de teléfono) con la clínica con el fin de que sean capaces de ponerse en contacto conmigo para futuras citas, reembolsos, etc. Entiendo que puedo hacerlo poniéndome en contacto con la oficina o directamente en el Portal del paciente.

_____ Yo entiendo que hay una tarifa por las copias de mis registros médicos. También entiendo que puedo utilizar el portal del paciente en línea para recibir copias de una parte de mi expediente médico en su lugar.

Los Pacientes con Seguro

_____ Todos los co-pagos son debidos cuando se registre de entrada para su cita. Se espera que todos los demás pagos en el momento de servicio, a menos que se han hecho arreglos previos.

Pago por Cuenta Propia (pacientes de pago en efectivo o en caso de que exista un lapso de seguro)

_____ No tengo cobertura de seguro. Yo entiendo que soy responsable del pago de los servicios rendidos a mí o mis dependientes en el momento del servicio (a menos que los arreglos previos se han realizado y aprobado por el director de la oficina.)

_____ Entiendo que como un paciente que paga por cuenta propia, voy a recibir un descuento del 30% para los servicios médicos prestados. También entiendo que, si yo pago en su totalidad en el momento del servicio, habrá un 20% adicional de descuento en servicios médicos. (Esto equivale a un 46.6% de descuento en los honorarios médicos). Si no pago en su totalidad en el momento de la salida, no voy a recibir el descuento adicional.

Pacientes de Medicare

_____ Autorizo a cualquier poseedor de información médica u otra información acerca de mí mismo para ser divulgada a la Administración de la Seguridad Social y Cuidado de la Salud Administración Financiera, o sus intermediarios o portadores, cualquier información necesaria para este o cualquier reclamación relacionada con Medicare. Permiso una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar del original, y pedir el pago de beneficios de seguro médico a mí o la parte que acepta la asignación. Entiendo que es obligatorio notificar al proveedor de cuidados de la salud de cualquier otra parte que pueda ser responsable de pagar por mi tratamiento. (Sección 1128B de la Ley de Seguridad Social y 31 USC 3801 a 3812 prevé sanciones por ocultación de esta información.) Reglamentos relativos a las asignaciones o beneficios de Medicare también deben aplicarse.

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Puede haber ciertos servicios que no estén adecuadamente cubiertos por su compañía de seguros. Si el proveedor considera que el servicio es médicamente necesario y su compañía de seguros se niega a pagar, será su responsabilidad de pagar por ese servicio.

He leído y entendido las políticas de pago mencionadas anteriormente y acepto los términos previstos.

Firma del paciente o padre/guardián: _____ Fecha: _____

Relación al Paciente: _____

AVISO PRESCRIPCION ELECTRONICA

¿Cuál es la receta electrónica? ¿Por qué su proveedor usa E-Recetas?

E-Recetas, o la receta electrónica, son las recetas generadas creados por su proveedor y enviados directamente a su farmacia. Su proveedor participó en E-Recetas porque él/ella se preocupa por su salud y bienestar y la receta electrónica tiene múltiples beneficios para la seguridad.

¿De qué manera trabaja la E-Receta?

En lugar de escribir su receta en una hoja de papel, su proveedor entra directamente en el ordenador. Su receta se desplaza desde la computadora de su proveedor hasta el equipo de la farmacia. Las E-Recetas se envían electrónicamente a través de una red privada, segura y cerrada, así que su información de prescripción no se envía a través de Internet abierto o como el correo electrónico. Su E-Receta llega a la computadora del farmacéutico más rápido y puede ayudar a ahorrar tiempo. La E-Receta se puede enviar a la farmacia que usted elija. Si no desea su receta enviada electrónicamente, o su farmacia no acepta la receta electrónica, su proveedor puede imprimir sus recetas para usted.

Privación

La privacidad de su información médica personal contenida en todas sus recetas, ya sea escrita o electrónica, está protegido por una ley federal y las leyes estatales. La ley federal es la Ley de Responsabilidad (HIPAA) y Portabilidad de Seguro de Salud. HIPAA requiere que su información personal de salud puede ser compartida para las operaciones de tratamiento, pago y atención médica. E-Recetas cumplen con este requisito.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA RECETAS ELECTRÓNICAS

He sido informado y entiendo que las prácticas médicas y oficinas pueden utilizar un sistema de prescripción electrónica que permite a las recetas e información relacionada para ser enviados electrónicamente entre mis proveedores y mi farmacia. He sido informado y entiendo que mis proveedores utilizando el sistema de prescripción electrónica podrán ver la información sobre los medicamentos que ya estoy tomando, incluyendo las prescritas por otros proveedores. Doy mi consentimiento para que mis proveedores pueden ver esta información de salud protegida.

Firma del paciente o padre/guardián: _____ Fecha: _____

Relación al Paciente: _____

Firma de Testigo: _____

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Términos y Condiciones de Uso de Portal del Paciente

El Portal del Paciente que permite el acceso en línea a información como los resultados de laboratorio y los datos de facturación; así como tener la capacidad de solicitar citas y comunicarse con el médico y el personal. Un e-mail que le dirige sobre cómo registrarse para este servicio será enviado a la dirección de correo electrónico proporcionada a continuación. Usted también tiene el derecho de denegar el acceso a este servicio.

El consentimiento del paciente y Acuerdo:

- Doy mi consentimiento para la participación en la paciente instalación de Portal (Portal), y entiendo que mi salud personal y la información de identificación individual se hace disponible para mí en el Portal.
- Entiendo que el uso del Portal es para propósitos que no son de emergencia.
- Entiendo que tengo la capacidad de proporcionar acceso al Portal a los representantes autorizados (Representantes), y que esos representantes pueden tener la capacidad de realizar todas las funciones Soy capaz de realizar Pueden ver, descargar y transmitir mi salud y de forma individual información identificativa.
- Entiendo que hay riesgos asociados con las aplicaciones basadas en la Web y que soy responsable de proteger mi información de acceso.
- Entiendo que se requiere mi dirección de correo electrónico para iniciar el acceso al portal, y será utilizada para las comunicaciones relacionadas con el Portal. Estoy de acuerdo para comunicar mis cambios de dirección de correo electrónico.
- He leído y comprendido los términos y condiciones de uso, y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.
- Entiendo que mi acceso al Portal requiere de mi aceptación de los Términos y Condiciones de Uso. Si me niego a firmar en este momento, entiendo que puedo cambiar esa decisión en el futuro y pueda ponerme en contacto con Consultores Neurología Infantil de Austin para obtener acceso al Portal.
- Entiendo que el incumplimiento de los Términos y Condiciones de uso puede resultar en la terminación del acceso al Portal.

***** **POR FAVOR ESCOJA UNA OPCION DE ACCESO ABAJO, FIRME Y FECHA** *****

Firma del Paciente		Fecha	
<input checked="" type="checkbox"/> X			
<input type="checkbox"/> El paciente ha denegado el acceso al Portal	<input type="checkbox"/> Paciente permite el acceso al Portal	Por favor, proporcione la dirección de correo electrónico para su acceso individual al portal del paciente. Cada cuenta en el portal requiere una dirección de correo electrónico por separado.	
	CORREO ELECTRONICO: _____		
Clínica Firma Personal (testimonio de rechazo)		Fecha	

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____