

Bienvenido a Stanley H. Schwartz, MD INC.!

Gracias por elegir a Stanley H. Schwartz, MD INC como su médico de cabecera te. Nos complace que usted nos confía con sus necesidades de salud.

Por favor complete los siguientes formularios para ayudarnos mejor servirle. Cuanto más específico seas en tus respuestas nos permite entender sus necesidades de salud mejor. Si usted tiene preguntas sobre cualquiera de los elementos en el formulario, por favor pregunte a uno de nuestros miembros del equipo para ayudarle.

REGISTRO DE PACIENTE			
NOMBRE DEL PACIENTE		FECHA DE HOY	
NUMERO DE SEGURO		SEXO	MASCULINO FEMENINO
DIRECCIÓN		FECHA DE NACIMIENTO	
CIUDAD/ ESTADO / CODIGO POSTAL		ESTADO CIVIL	
TELÉFONO DE CASA	NUMERO DE CELLULAR	CORREO ELECTRONICO	
NOMBRE DE ESPOSO/ A		TELÉFONO DE TRABAJO	
FECHA DE NACIMIENTO DE ESPOSO/ A		NUMERO DE CELLULAR	
NOTIFICACION DE EMERGENCIA			
NOMBRE		RELACIÓN AL PACIENTE	TELÉFONO
EMPLEO DEL PACIENTE			
EMPLEADOR		TELÉFONO	OCUPACIÓN / PROFESIÓN
DIRECCIÓN		CIUDAD/ ESTADO / CODIGO POSTAL	
PERSONA ASEGURADA/SUSCRIPTOR			
NOMBRE DE SUSCRIPTOR PRIMARIO		TELÉFONO	
DIRECCIÓN		CIUDAD/ ESTADO / CODIGO POSTAL	
RELACIÓN AL PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO	
INFORMACION DE ASEGURANZA			
NOMBRE DE ASEGURANZA PRIMARIA		NOMBRE DE ASEGURANZA SECUNDARIA	
ID NO.	GRP. NO.	ID NO.	GRP. NO.
DIRECCIÓN		DIRECCIÓN	
CIUDAD/ ESTADO / CODIGO POSTAL	TELÉFONO	CIUDAD/ ESTADO /CODIGO POSTAL	TELÉFONO
LO SIGUIENTE ES NECESARIO PARA MANTENER EL CUMPLIMIENTO CON REGULACIONES FEDERALES			
IDIOMA PREFERIDO <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	PACIENTE RAZA <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Prefiere no mencionar	ETNICIDAD <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Prefiere no mencionar <input type="checkbox"/> Desconocido
FARMACIA DE PREFERENCIA			
Nombre de Farmacia	Calle/Intersección	Ciudad	Telefono (Si se conoce)

NOMBRE DE PACIENTE (Apellido, Primer Nombre)	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE HOY
--	---------------------	--------------

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO TERAPEUTICO Y DIAGNOSTICO

Yo, _____, el que subscribe, como el paciente o su agente legal por medio del presente autoriza la administracion de todo tratamiento diagnostico y Terapeutico para cuidados medicos que puedan necesitar o sean considerados, recomendados o necesarios bajo las recomendaciones de mi doctor primario, Stanley H. Schwartz, MD.

Iniciales

NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, _____, el paciente (o representante del paciente) de Stanley H. Schwarz, MD,, Inc. (de aqui en adelante reconocido como el 'Provedor'), Reconosco que he recibido la Notificacion de practicas de privacidad en las que describe como el Provedor puede usar y divulgar mi informacion medica para el tratamiento, el pago, y las operaciones sanitarias, asi como otros usos y divulgaciones descritos y permitidos. Yo entiendo que el Provedor puede amender el NOPP en cualquier momento y puedo obtener una copia cuando yo la requieste. Yo entiendo que las leyes "HIPAA" otorgan autorizacion al Provedor para usar y divulgar mi informacion medica para el tratamiento, el pago y las operaciones sanitarias, asi como estan deliniadas en el "NOPP" contrato.

Reuso a la Poliza de Privacidad por el paciente/guardian. Razon: _____

Iniciales

CONSENTIMIENTO DE COMUNICACION

El Provedor medico puede contactarme hacerca de mi diagnostico, resultados, tratamiento y cuidado, o pago por correo o los siguientes medios:

(Incluir el codigo de area)	<u>Se puede dejar un mensaje?</u>
Telefono del Hogar: _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En el trabajo: _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Celular: _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Correo electronico: _____	

Entiendo que los medios de comunicacion **NO** son considerados privados o seguros metodos de comunicacion.

Comprendo que puedo autorizar al Provedor a que comparta y divulge infomacion medica y de facturas hacerca de mi cuidado medico a mis familiares, personas de cuidado, amistades cercanas, etc., y los devo enlistar abajo:

Nombre(s)	Parentesco(s)	Numero de telefono(s)
_____	_____	_____
_____	_____	_____

La autorizacion de comunicacion sera cancelada por los siguientes circunstancias:

1. Despues de una peticion por escrito para obtener una transferencia de cuidado.
2. Despues de una peticion por escrito por el paciente o la persona responsable legal.
3. En caso de un menor que llegue a la edad de 18 años.

Iniciales:

NOMBRE DE PACIENTE (Apellido, Primer Nombre)	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE HOY
--	---------------------	--------------

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS POR UN ASISTENTE DE MEDICO O ENFERMERO(A) PROFESIONAL

El paciente y/o persona responsable certifica que el/ella ha sido informado que el Asistente Medico (PA) o Enfermero(a) Profesional puede proveer servicios bajo la direccion y supervision de un Medico.

El abajo firmado consiente que autoriza al dicho Asistente Medico (PA) o Enfermero(a) Profesional (NP) que administre y que haga cualquier y todo examen, tratamiento, procedimientos de diagnostico, y vacunas en contra de enfermedades en el curso del tratamiento medico del paciente que sean considerados por el Medico que superviza.

Iniciales

QUESTIONARIO DE AUTODETERMINACION DEL PACIENTE

- Usted a formulado un Poder de Autodeterminacion? Si No
- Por favor marcar lo siguiente si usted a formulado uno de los siguientes:
 - Poder de duracion indeterminada decisiones en el cuidado Medico.
 - Acta de Termino de Vida Natural de California.
 - Fidecomiso en Vida para fines de Atencion medica.
 - Otros: _____
- Si usted a formulado un Poder de Duracion Indeterminada, Por la siguiente usted esta de acuerdo a facilitar una copia a: Stanley H. Schwartz, MD, Inc. en 90 dias.
- Si usted decide, cambiar, emendar, alterar o cancelar su Poder de Duracion Indeterminada, Por la siguiente usted esta de acuerdo a notificar Stanley H. Schwartz, MD y facilitar una copia en cuanto le sea posible para que su Medico pueda cumplir con sus deseos.
- Fecha de bensimiento para Poder de Duracion Indeterminada, Si tiene una _____.
- (Si el poder fue formulado antes del ano 1991, este es valido por solo siete años. Poderes formulados despues de 1991 son efectivos indefinitivamente, almenos que usted lo cambie, haga amendaciones, o cancele).
- Usted desea mas informacion de Poder de Duracion Indeterminada? Si No

Iniciales

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por favor, recuerde que el seguro se considera un método de reembolso al paciente para los honorarios pagados al médico y no es un sustituto para el pago. Algunas empresas pueden pagar indemnización a tanto alzado para determinados procedimientos y otros pagan un porcentaje de los cargos. **ES SU RESPONSABILIDAD DE PAGAR CUALQUIER CANTIDAD DEDUCIBLE, COASEGURO, CO-PAGO, O CUALQUIER BALANCE NO PAGADO POR EL SEGURO. PARA CONTROLAR SU COSTO DE BILLINGS, SOLICITAMOS QUE NUESTROS DERECHOS POR VISITA DE OFICINA ser pagado en el final de la visita.** Si esta cuenta se le asigna a un abogado para la recolección y / o adaptarse a la parte ganadora tendrá derecho a los honorarios razonables de abogados y los costos de recolección.

En la medida necesaria para determinar la responsabilidad por el pago y obtener el reembolso, autorizo la divulgación de partes de los registros del paciente. Por la presente, asignar todos los beneficios médicos y / o quirúrgicos a los que

NOMBRE DE PACIENTE (Apellido, Primer Nombre)	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE HOY
--	---------------------	--------------

tengo derecho, incluyendo Medical / Medicaid; los seguros privados y otros planes de salud de Stanley H. Schwartz, MD, Inc.

Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada tan válida como el original. Yo entiendo que soy responsable de todos los cargos si no pagados por mi dicho seguro. Por la presente, autorizar dicho cesionario para liberar a mi seguro de toda la información necesaria para asegurar el pago de los servicios médicos.

Iniciales

POLÍTICA FISCAL

Pedimos a todos nuestros pacientes que lean y firmen nuestra Política Financiera y completar un formulario de información del paciente antes de ver al médico. Todo o las firmas requeridas deberá pegarse en todas las formas que precisen firma o inicial antes del tratamiento se puede representar. Su firma da a nuestro personal y proveedores de atención de la salud de consentimiento para el tratamiento y la prestación de servicios de salud para que nos de nuestro paciente.

Aceptamos efectivo, cheques y transacciones de tarjetas de crédito como forma de pago por los servicios prestados. Como una cortesía a usted, le ayudará en la tramitación de su reclamación de seguro de reembolso. Sin embargo, usted debe entender que:

1. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros de salud. No somos parte en ese contrato. Nuestra relación es con usted y no CON SU SEGURO DE SALUD.
2. Todos los gastos incurridos son su responsabilidad si su seguro de salud paga o no. No todos los servicios son un beneficio cubierto en algunos planes de salud.
3. Las cuotas por estos servicios, junto con los deducibles no remunerados y los co-pagos son debidos en el momento del servicio.

Firma del paciente	Fecha
---------------------------	--------------

Nombre de persona que da la información	Relación al paciente
--	-----------------------------

Firma de la persona que complete forma si no es paciente	Fecha
---	--------------