

## FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

<b>Fecha:</b>					
<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>					
Nombre		Apellido		Inicial	Fecha de Nacimiento
Sexo: (marque uno) <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Seguro Social #	Número Móvil	Número Alternativo	Correo Electrónico	
Dirección		Número de Apartamento	Ciudad	Estado	Código Postal
Raza: (marque una) <input type="checkbox"/> Indígena/De Alaska <input type="checkbox"/> Negro Africano o Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano o de otro país del pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro: _____					
Etnicidad: (marque uno) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro		Idioma preferido		Farmacia y Ubicación Preferida	Número de Teléfono
Contacto de Emergencia		Relación		Número de Teléfono	
¿Cómo supiste de nosotros? <input type="checkbox"/> Familia/Amistad <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Sitio Web <input type="checkbox"/> Ubicación <input type="checkbox"/> Evento de Comunidad <input type="checkbox"/> Otra Manera: _____					
<b>COMPLETA ESTA SECCIÓN SI EL PACIENTE ES UN MENOR (menor de 18 años)</b>					
Nombre de la Parte Responsable		Apellido		Relación al Paciente	Inicial
Sexo: (marque uno) <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		Seguro Social #	Número Móvil	Número Alternativo	Licencia de Conducir
<b>SEGURO E INFORMACION DEL SUSCRIPTOR</b>					
POR FAVOR, PROPORCIONE TODAS LAS TARJETAS DE SEGURO A LA RECEPCIÓN					
Seguro Principal		ID de Miembro	Número de Grupo	Empleador	
Nombre del Titular de la Póliza			Fecha de Nacimiento	Relación con el Paciente	
<b>PORTAL DEL PACIENTE</b>					
<p>Para garantizar un mejor servicio, proporcionamos servicios en línea que permiten a los pacientes hacer convenientemente solicitudes de citas, ver los resultados del laboratorio, revisar sus signos vitales y obtener otra información útil del paciente. Recomendamos esto encarecidamente ya que este servicio es gratuito. Por favor, indique a continuación si desea recibir información a través de nuestro Portal <b>del Paciente</b>:</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Sí, Deseo</b> comunicarme utilizando el sistema seguro del Portal del Paciente que está diseñado para mantener mi información segura. Entiendo que se me notificará por correo electrónico cuando haya información segura para su revisión.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>No, No</b> deseo participar en el Portal del Paciente</p>					
Firma _____			Correo electrónico _____		
<b>CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO</b>					
<p>Por la presente autorizo a los empleados y agentes de CPFC (incluyendo médicos, asistentes médicos, profesionales de enfermería y otros miembros del personal) a realizar evaluaciones médicas y atención al paciente que se indica a continuación. Entiendo que un(a) enfermera titulada (FNP-C) calificada para ejercer medicina no es un médico. También entiendo que un(a) enfermera titulada es un graduado de un programa de capacitación certificado y está autorizado por la Junta Estatal. Bajo la supervisión de un médico, una enfermera titulada/profesional de enfermería puede diagnosticar, tratar y monitorear enfermedades agudas y crónicas, así como proporcionar atención de mantenimiento de la salud. La supervisión no requiere la presencia física de un médico supervisor. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta que se revoque por escrito. Entiendo que al no firmar este consentimiento, el paciente no recibirá atención médica excepto en caso de emergencia.</p> <p>Firma del Paciente, Padre o Guardián Legal _____ Nombre Impreso del Guardián Legal (si el paciente es menor de edad) _____</p> <p>Yo, los abajo firmantes, consiento y concedo permiso a Champions Point Family Clinic, LLC, Raquel Torres, DNP, FNP-C y sus empleados para realizar pruebas, tratamientos y cualquier procedimiento para lo anterior o para mí nombrado menor.</p>					
<b>AUTORIZACION DE MEDICARE</b>					
<p>Solicito que se haga el pago de los beneficios autorizados de Medicare, ya sea a mi nombre o en mi nombre, a Champions Point Family Clinic, LLC, Raquel Torres, DNP, FNP-C para cualquier servicio para mí por parte del proveedor. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a la Administración de Financiamiento del Cuidado de la Salud y sus agentes cualquier solicitud de firma para que se realice el pago y autorice la divulgación de la información médica necesaria para pagar la reclamación. Si el "otro seguro de salud" se indica en el punto 9 del formulario HCFA-1500, o en otro lugar en otros formularios de reclamo de aprobación o reclamos presentados electrónicamente, mi firma autoriza la divulgación de la información a la aseguradora o agencia mostrada en los casos asignados por Medicare, el proveedor acepta aceptar la determinación de cobertura al asegurado de Medicare para pagar la cuenta, y el paciente es responsable sólo por el deducible, coseguro y servicios no cubiertos. El coseguro y el deducible se basan en la determinación de cargo del asegurado de Medicare.</p> <p>Firma del Paciente, Padre o Guardián Legal _____ Fecha: _____</p>					

### POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Gracias por elegirnos para su proveedor de atención primaria. Estamos comprometidos a proporcionarle atención médica de calidad. Su clara comprensión de la Política de Responsabilidad Financiera del Paciente es una parte importante de nuestra relación profesional. Es su responsabilidad notificar a nuestra oficina si alguna información del paciente cambie (es decir: nombre, dirección, teléfono, seguro información, etc.) **Revise cada póliza y firme con sus iniciales:**

- \_\_\_\_\_ Iniciales
1. **Servicios de Seguros** – Champions Point Family Clinic es un proveedor participante para muchos planes de salud. Como cortesía para nuestros pacientes, presentaremos reclamaciones ante estas empresas. Es su responsabilidad para el pago completo y oportuno en su cuenta. Verificaremos la cobertura y los beneficios antes de su visita. Si no podemos verificar los beneficios, es posible que le pidamos que pague en su totalidad o re programe su visita hasta que se pueda obtener la verificación. Esta verificación se utilizará para estimar su responsabilidad financiera; sin embargo, esta verificación no es una garantía de su plan de cobertura o pago de salud. Si su plan de salud niega cualquier parte (o la totalidad de su reclamo), usted acepta que es financieramente responsable del saldo a pagar.
- \_\_\_\_\_ Iniciales
2. **Consentimiento de Seguro** - Doy mi consentimiento para la divulgación de información médica (auto, hijo/dependiente o familiar) a las compañías de seguros responsables de mi cuidado. Aunque registros médicos son confidenciales, la información dentro de estos registros puede ser requerida por mi compañía de seguros para facilitar la atención y solo se divulgará a petición suya. Entiendo que al firmar este formulario de consentimiento, estoy permitiendo que mi información médica sea liberada a petición de mi compañía de seguros, con el propósito de operaciones de atención médica (incluyendo, pero no limitado a, función de revisión del proveedor, pagos de reclamos, etc.)
- \_\_\_\_\_ Iniciales
3. **Copagos y Deducibles** – Los copagos y deducibles deben ser pagados en el momento del servicio. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros. Ya el hecho de no cobrar copagos y deducibles puede considerarse un fraude. Para los planes deducibles, es nuestra póliza para cobrar \$100 en el momento del servicio. Le facturaremos si hay una cantidad adeudada después de que se hayan prestado los servicios, aplicaremos un crédito a su cuenta si el monto pagado excede el monto incurrido en la fecha de servicio. Los reembolsos se pueden solicitar por escrito y se pagarán SOLAMENTE después de que se hayan liquidado los saldos anteriores en la cuenta.
- \_\_\_\_\_ Iniciales
4. **Cheques NSF** – Cobramos una tarifa de \$35 a su cuenta si su banco devuelve su cheque. Tras la notificación de nuestra oficina de su cheque devuelto, el pago de todo el saldo se debe realizar de inmediato. Aceptamos el pago en forma de tarjeta de crédito, débito, efectivo o Money Order.
- \_\_\_\_\_ Iniciales
5. **Denegaciones De Reclamos** - Ciertos productos, procedimientos o servicios de la clínica pueden no estar cubiertos por su plan de salud. Usted es responsable del pago de estos servicios y se le facturará si obtenemos una denegación de su compañía de seguros y/o no hemos recibido el pago de la compañía de seguros dentro de los 60 días posteriores a la presentación de su reclamo. El saldo de su reclamo es su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague su reclamo o no. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; no somos parte en ese contrato. Si su seguro cambia, por favor notifíquenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarle a recibir sus beneficios máximos y reducir la posibilidad de una reclamación denegada.
- \_\_\_\_\_ Iniciales
6. **Política de No Mostrar/Cancelar** - Es importante estar presente en la fecha y hora de su cita. Los pacientes que no se presenten a su cita o cancelen menos de 24 horas antes de su hora de cita pueden estar sujetos a una tarifa de "No Show/Cancelación" de \$25. Llámenos con al menos 24 horas de anticipación si necesita mover la hora o la fecha de su cita para evitar la tarifa. Es la responsabilidad del paciente informar a la oficina si no será capaz de hacer su cita. Permitiremos hasta tres (3) citas perdidas o canceladas que no hayan sido reprogramadas, antes de que al paciente se le cobre una tarifa de "No Show/Cancelación". Esto debe ser pagado antes de poder ser visto de nuevo en la clínica.
- \_\_\_\_\_ Iniciales
7. **Cuentas de Vencimientos Anteriores /No pago** – Es la política de la clínica que todas las cuentas vencidas se envían dos estados de cuenta. Si el pago no se realiza en la cuenta, llamaremos una sola vez para intentar hacer arreglos de pago. Si la cuenta no se resuelve, será enviada a una agencia de cobro que puede afectar negativamente su puntuación de crédito. Nos reservamos el derecho de terminar servicios para un paciente por falta de pago a partir de Champions Point Family Clinic. Si esto ocurre, se le notificará por correo que tiene 30 días para encontrar atención médica alternativa. Durante ese período de 30 días, nuestro proveedor solo podrá tratarlo de emergencia.
- \_\_\_\_\_ Iniciales
8. **Cuentas de Auto pago** – Las cuentas de auto pago son pacientes sin seguro, pacientes cubiertos por planes de seguro en los que la práctica no participa, o pacientes sin una tarjeta de seguro registrada. Si usted no tiene seguro, o si no podemos verificar su plan antes de su visita, se espera el pago completo en el momento del servicio.
- \_\_\_\_\_ Iniciales
9. **Menores:** los padres o tutores son responsables del pago completo y recibirán los estados de cuenta.

### RESUMEN DE LA POLÍTICA DE TARIFAS DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

Hemos adoptado una política de tarifas administrativas. Nuestra tarifa es de **\$25 por cada formulario/firma** con una tarifa adicional **de \$10** para todos los formularios que se realizan inmediatamente. La tarifa cubre todos los gastos relacionados con los servicios administrativos como se indica a continuación:

- La tarifa es por cada formulario/firma
- Debe ser pagado en el momento del servicio, antes de que los formularios se completen
- No es facturable a su compañía de seguros
- Por ley, tenemos 15 días para completar el formulario y enviarlo por fax, excepto todos los formularios que se completen inmediatamente

Listado de servicios administrativos:

- Formularios completados por el empleado
- Formularios FMLA
- Formularios de discapacidad
- Volver a los formularios de trabajo
- Otros formularios que requieren la finalización manual y que una firma se requiere.

**CONSENTIMIENTO Y REVISIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Entiendo que, bajo la Ley de Probabilidad de Seguro de Salud de 1996 (HIPPA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi Información de Salud Protegida (HIP). Por la presente doy mi consentimiento para que Champions Point Family Clinic use y divulgue Información Médica Protegida (PHI) sobre mí. Entiendo que esta información puede ser o será utilizada para llevar a cabo el tratamiento, pago, operaciones de atención médica (TPO).

Tengo derecho a revisar dicho Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. El aviso. De las prácticas de privacidad se muestra en la sala de espera y una copia impresa se ha puesto a mi disposición. Entiendo que Champions Point Family Clinic se reserva el derecho de revisar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Se puede obtener un Aviso revisado de Prácticas de Privacidad reenviando una solicitud por escrito a Champions Point Family Clinic 5367 W. Richey Rd. Houston, Tx 77066.

Con este consentimiento, Champions Point Family Clinic puede llamar a mi casa u otro lugar alternativo y/o en persona sobre cualquier artículo que ayude a la práctica en la realización de TPO, tales como: recordatorios de citas, artículos de seguro, cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, y resultados de laboratorio entre otros. Champions Point Family Clinic puede enviar por correo a mi casa u otra ubicación alternativa cualquier artículo que ayude a la práctica en la realización de operaciones de atención médica, tales como: tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones de pacientes / seguros.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar por escrito que Champions Point Family Clinic restrinja la forma en que utiliza o divulga mi PHI para llevar a cabo mi TPO. Sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si Champions Point Family Clinic está de acuerdo, entonces está obligado a cumplir con tales restricciones. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en esa medida que Champions Point Family Clinic ha tomado medidas confiando en este consentimiento.

Entiendo que, al firmar este formulario, he leído y estoy de acuerdo con la información que me da esta práctica.

Firma del Paciente, Padre o Guardián Legal \_\_\_\_\_

Nombre impreso del guardián legal (si el paciente es menor de edad) \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO Y USO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA****I. CONSENTIMIENTO**

Champions Point Family Clinic puede dejar un mensaje en su correo de voz. Si se concede el permiso, por favor INITIAL para confirmar:

Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ N/A: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento a Champions Point Family Clinic, a los médicos y a otro personal de su personal médico, para administrar dicha atención, procedimientos, evaluación médica, evaluación de cirugías menores y/o tratamiento y diagnóstico. Esta autorización incluye el ingreso hospitalario si el médico lo considera necesario.

Entiendo que la(s) persona(s) autorizada(s) deberá(s) proporcionar una prueba de su identidad al hacer una consulta. Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor en su totalidad hasta que sea reemplazada por un nuevo acuerdo firmado por mí. Por la presente autorizo a Champions Point Family Clinic a divulgar mi Información médica protegida (PHI) a las siguientes personas a continuación.

Autorizo a MISMO SOLAMENTE (Por favor, compruebe)

1. Persona Autorizada: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

2. Persona Autorizada: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

3. Persona Autorizada: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Otras instrucciones:

**II. RECONOCIMIENTO DE LA REVISIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de Champions Point Family Clinic, que explica cómo mi información médica será utilizada y divulgada. Reconozco y entiendo que esta autorización se mantendrá en mi expediente médico y que los parámetros de comunicación enumerados anteriormente permanecerán en vigor hasta que yo lo revoque por escrito. Es mi responsabilidad notificar a CPFC por escrito si deseo cambiar uno o más de los números de teléfono y/o contactos mencionados anteriormente. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Firma del Paciente o representante legal para el paciente: \_\_\_\_\_

Imprimir Nombre del Representante Legal para el Paciente (si corresponde): \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE- ANTES DE ESCANEAR / LLENAR ESTE FORMULARIO

Pude obtener el consentimiento por escrito para el numeral romano I y II de este paciente. Iniciales del personal: \_\_\_\_\_

No pude obtener el consentimiento por escrito para el numeral romano. \_\_\_\_\_