

PT # \_\_\_\_\_



## Formulario de Registro del Paciente

**Seccion 1. Informacion General – NOTA: LOS ESTUDIANTES- FAVOR SOLO INCLUYEN DIRECCION PERMANENTE**

Paciente Apellido: \_\_\_\_\_ Paciente Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_  
 Género: \_\_\_ M / \_\_\_ F Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Direccion: \_\_\_\_\_ Numero de Apartamento: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
 Telefono De Casa : \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo electronico: \_\_\_\_\_  
 Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**Seccion 2. Informacion de Seguros**  
(Tarjeta de información)

**SEGURO DE PRIMARIA**

Marque esta casilla si la informacion es igual al anterior.  
**Seguros de la tarjeta Nombre:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ M / \_\_\_ F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Titular de Direccion: \_\_\_\_\_  
**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_ **Codigo Postal:** \_\_\_\_\_  
**Seguro Social:** \_\_\_\_\_ **Telefono:** \_\_\_\_\_  
**Relacion con el paciente:** \_\_\_ Padre / \_\_\_ Esposo/a

**SEGURO DE SECUNDARIA**

Marque esta casilla si la información es igual al anterior.  
**Seguro de la tarjeta Nombre:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ M / \_\_\_ F Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_  
**Direccion:** \_\_\_\_\_  
**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_  
**Codigo Postal:** \_\_\_\_\_  
**Seguro Social:** \_\_\_\_\_  
**Relacion con el paciente:** \_\_\_ Padre / \_\_\_ Esposo/a

**Seccion 3. Informacion de Garante**

(Necesita se llenado si el paciente es menor de 18 años)

Marque esta casilla si el garante es el mismo que el seguro.  
**Apellido:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ M / \_\_\_ F Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_  
**Direccion:** \_\_\_\_\_  
**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_  
**Codigo Postal:** \_\_\_\_\_ **Seguro Social:** \_\_\_\_\_  
**Telefono:** \_\_\_\_\_  
**Relacion al Paciente:** \_\_\_\_\_

**Seccion 4. Como se entero sobre Express MD?**

Cartelera	Impacto en la Comunidad	Medical de Referencia	Paciente Existente
Amigo(a)	Google Sponsore Anuncio	Seguro	Internet
Carta	Remitente	Periodico	Guia Telefonica
Relativo	Senalizacion	Trabajo	Otro/a

**Seccion 5. Raza y Etnicidad**

**Racial:** \_\_\_ Americano Indio/Alaskeno Nativo \_\_\_ Asiano \_\_\_ Africano Americano  
 \_\_\_ Hawaiano Nativo/Otro/a Pacifico \_\_\_ Blanco \_\_\_ Negarse a contestar  
**Etnicidad:** \_\_\_ Hispano o Latino \_\_\_ No Hispano o Latino \_\_\_ Negarse a contestar.

**RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRIVACIDAD PRÁCTICAS** Yo entiendo que los detalles de mis derechos y cómo mi información médica será usada y revelada por expreso MD Urgent Care se expone en el AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD y que una copia se puede dar a mí a petición / se puede encontrar en la clínica. Si tengo un deducible de mi seguro de que no se ha cumplido, co-seguro que no ha sido recogido, o diferentes co-pago de lo que se cotiza en mi tarjeta, puedo obtener una factura por correo por la cantidad que mi seguro determina que se lo debo. Entiendo que en el momento de mi servicio expreso MD no puede determinar si voy a deberle ningún importe suplementario y esa cantidad se determina únicamente por mi aseguradora. Entiendo y acepto que soy responsable en última instancia el saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional prestados. He completado lo anterior y certificar esta información es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo te notificaremos de cualquier cambio en mi estado de seguro o de cualquiera de la información anterior. Autorizo la divulgación de información médica para el plan de salud indicado para la información solicitada por el plan de salud para determinar el pago de los beneficios médicos. La información autorizada para su liberación puede incluir información sobre las enfermedades transmisibles o no transmisibles, la salud mental, y la sustancia o el abuso del alcohol. Acuso recibo del **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.**

**FIRMA DEL PACIENTE:** (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL)

**Fecha:**

- **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO** - Yo voluntariamente presente para el tratamiento y el consentimiento a mi médico y quien ellos designen como su asistente, asociado, el tratamiento médico y el personal de atención al paciente para proporcionar mi cuidado. Entre esos cuidados pueden incluir, pero no limitarse a, los procedimientos de diagnóstico, tratamiento psicoterapéutico, otros tratamientos y medicamentos, evaluaciones y procedimientos considerados aconsejable en mi diagnóstico, tratamiento, y el curso de la atención patológicos y radiológicos. Reconozco que no se puede garantizar hace o se ha hecho en cuanto a los resultados de los tratamientos o exámenes en ExpressMD de atención urgente.

**Firma del paciente o del padre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

- **Responsabilidad financiera:** ExpressMD Urgent Care presentará reclamos a mi aseguradora, así como los registros médicos necesarios para evaluar los reclamos de pago. Además, asigno el pago a los beneficios, que de otro modo serían pagaderos a mí, a fin de que estén a nombre de ExpressMD Urgent Care.
- **Política financiera:** a menos que esté aquí para los servicios pagados por el empleador, será responsable del pago total o del pago según lo indique su plan de seguro. Si ExpressMD tiene un contrato con su compañía de seguros, presentaremos los cargos de hoy con esa compañía de seguros. Usted será responsable de su copago y / o deducible, y del costo de cualquier servicio no cubierto por el seguro. Puede recibir una factura de ExpressMD por cualquier saldo no pagado.
  - Si su tratamiento requiere evaluaciones más complejas, pruebas de laboratorio, vacunas, medicamentos, radiografías o suministros, se le cobrará por esos gastos además de la tarifa correspondiente a la visita a la oficina. Estas tarifas se cobrarán una vez que se haya brindado el servicio y el tratamiento.
  - Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por mi seguro. **Iniciales** \_\_\_\_\_
  - Si no tiene cobertura de seguro o ExpressMD no tiene un contrato directo con su compañía de seguros, se le pedirá que pague en su totalidad hoy. Puede esperar pagar y realizar el pago inicial de atención médica / tratamiento según los precios publicados en el centro. Esto se recogerá en el check-in.
  - No tengo seguro y reconozco que soy responsable de todos los costos. **Iniciales** \_\_\_\_\_
- Debido a los propósitos de facturación **SOLAMENTE**, necesitaremos números de seguro social para todos los tipos de visitas. Si no proporciona su número de seguro social, la compañía de seguros o el empleador pueden rechazar el pago de su visita, que será su responsabilidad en completo. **Iniciales** \_\_\_\_\_
- **Médico de atención primaria: (si elige)**  
Nombre: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Numero de fax: \_\_\_\_\_  
( ) Declinar

**RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** entiendo que los detalles de mis derechos y cómo mi información médica será utilizada y divulgada por Express MD Urgent Care se establece en el AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD y que se me puede entregar una copia si se solicita / está publicado en la clínica. Si tengo un deducible con mi seguro que no se ha cubierto, un coseguro que no se ha cobrado o un copago diferente del que figura en mi tarjeta, es posible que reciba una factura por correo por el monto que mi seguro determina que debo Entiendo que en el momento de mi servicio, Express MD no puede determinar si adeudará ningún monto adicional y ese monto será determinado únicamente por mi aseguradora. Entiendo y acepto que, en última instancia, soy responsable del saldo en mi cuenta de cualquier servicio profesional prestado. He completado lo anterior y certifico que esta información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Le notificaré cualquier cambio en el estado de mi seguro o en cualquiera de los datos anteriores. Autorizo la divulgación de información médica al plan de salud indicado para la información solicitada por el plan de salud para determinar el pago de los beneficios médicos. La información autorizada para divulgación puede incluir información sobre enfermedades contagiosas o no transmisibles, salud mental y abuso de sustancias o alcohol. Acuso recibo del AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente Impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del padre/ tutor

Uso de oficina solamente: (Para ser complete solo cuando el paciente dismenuye o no puede firmar el reconocimiento)

Marque aquí si el paciente se negó a firmar o no pudo firmar el reconocimiento Personal Iniciales \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_