



## FORMA DE REGISTRO DE PACIENTE

**POR FAVOR ESCRIBA LEGIBLE**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ IN \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino Femenino SSN \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado Civil: Divorciado Casado Soltero Separado Viudo Menor

Direccion \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* **IMPORTANTE:** POR FAVOR DE PROVEER UN NUMERO VALIDO\*\*\*\*\*

Numero Primario # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Secundario # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**A quien podemos contactar con referencia a su informacion medica:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

**A quien podemos contactar en caso de emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

**Testamento:** Tiene usted un testament?

SI tiene un testament porfavor de proveernos con una copia

Si **NO**, las formas se le daran hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Recepcionista: \_\_\_\_\_

Nombre

Firma Del Personal: \_\_\_\_\_

**POLIZA DE PRIVACIDAD(HIPPA):**

Nuestro aviso de practicas de informacion de salud y privacidad (HIPAA) proporciona informacion acerca de los derechos de privacidad de nuestros pacientes y de como podemos utilizar y divulgar su informacion protegida (PHI) de nuestros pacientes. Reglamentacion federal requiere que le demos a nuestros pacientes o a sus representantes autorizacion y la oportunidad de revisar nuestro aviso de HIPAA antes de firmar este reconocimiento, se ponen a su disposicion una copia en su solicitud. Al firmar este formulario usted reconoce solo que le proporcionamos acceso inmediato a nuestro aviso HIPAA.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA

NOMBRE

**POLITICAS FINANCIERAS**

Apellido Del Titular De La Poliza \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente \_\_\_\_\_

Apellido Del Paciente \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ IN \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SS \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Sexo: Masculino Femenino

Direccion \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_ No. Telefono \_\_\_\_\_

**Aseguranza Primaria**

**SI USTED TIENE SU TARJETA DE SEGURO, USTED SOLO TIENE QUE FIRMAR Y ENTREGAR SUS TARJETAS A LA RECEPCIONISTA. SI NO TIENE SU TARJETA DE SEGURO POR FAVOR PROCEDA A LLENAR LA SIGUIENTE INFORMACION.**

NOMBRE DE ASEGURANZA \_\_\_\_\_ POLIZA/ID# \_\_\_\_\_ GRUPO # \_\_\_\_\_

CREDITO DE SEGURO DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

TELEFONO DE ELEGIBILIDAD#(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TELEFONO DE ATENCION AL CLIENTE # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**ASEGURANZA SECUNDARIA**

NOMBRE DE ASEGURANZA \_\_\_\_\_ POLIZA/ID# \_\_\_\_\_ GRUPO # \_\_\_\_\_

CREDITO DE SEGURO DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

TELEFONO DE ELEGIBILIDAD#(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TELEFONO DE ATENCION AL CLIENTE # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**NO ASEGURANZA – Por favor lea, firme y complete TODA la informacion**

**Responsabilidad Financiera:** Estoy de acuerdo en que a cambio de los servicios prestados al paciente por GB de atencion familiar, voy a pagar la cuenta del paciente antes de la descara o hacer arreglos financieros satisfactorios para GB de atencion familiar para el pago. Si la cuenta se envia al abogado de la coleccion, me comprometo a pagar los gastos de cobranza y honorarios razonables de abogados a lo establecido por el tribunal y no por jurado en cualquier accion judicial. Una cuenta en mora podra cobrar intereses a la tasa legal. Además, entiendo que puede haber cargos adicionales por radiografias y ruebas de laboratorio realizada por los proveedores u organizaciones que no sean BG de atencion familia que se facturaran por separado.

**X Persona responsable del pago de facture - Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

**ASIGNACIONES DE BENEFICIOS**

Certifico que yo (O mi dependiente) tengo cobertura de seguro y autorizo, solicitud y asigno a mi compania de seguros a pagar directamente a GB Family Care seguro que correspondiera pagar a mi. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Por la presente autorizo GB Family Care para liberar toda la informacion necesaria, incluyendo el diagnostic y los registros de cualquier examen o tratamiento rendido con el fin de asegurar el pago de las prestaciones. Para cualquier cobertura elegible para medicare, solicito que el pago de los beneficios autorizados de medicare hacerse a nombre de mi parte a GB Family Care. Cualquier seguro de cualquier tipo bajo cualquier poliza de seguro que cobra el paciente o cualquier otra parte responsalbe para el paciente quedara asignado a GB Family Care al servicio de representacion para su aplicacion a pacientes facture. Autorizo el uso de esta firma en todas las reclamaciones de seguros, incluyendo la presentacion electronic.

**X Persona responsable del pago de factura - Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

**FORMA DE HISTORIAL MEDICO**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

LA RAZON DE SU VISITA HOY ES RELACIONADO CON ALGUN ACCIDENTE? SI NO Fecha de accidente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PROFAVOR DE ESCRIBIR SOLO DOS PRINCIPALES RAZONES DE SU VISITA DE HOY:**

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

**ALERGIA A MEDICAMENTOS** SI NO

**ESCRIBA EL MEDICAMENTO QUE ES ALLERGICO A Y LA REACCION**

MEDICAMENTO \_\_\_\_\_ REACCION \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ MEDICAMENTO \_\_\_\_\_ REACCION \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ MEDICAMENTO \_\_\_\_\_ REACCION \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ MEDICAMENTO \_\_\_\_\_ REACCION \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTO ACTUAL** SI NO

**ESCRIBA NOMBRE DE MEDICAMENTO HE INSTRUCCIONES**

MEDICAMENTO \_\_\_\_\_ MEDICAMENTO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ MEDICAMENTO \_\_\_\_\_ MEDICAMENTO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ MEDICAMENTO \_\_\_\_\_ MEDICAMENTO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ MEDICAMENTO \_\_\_\_\_ MEDICAMENTO \_\_\_\_\_

**HISTORIAL PASADO** SI NO

**PORFAVOR CIRCULE EL QUE LE APLIQUE**

ANCIEDAD	CANCER	COPD	ALTO COLESTEROL	ALTA PRESION	CUAGULOS DE SANGRE
ASTHMA	COLITIS	DEPRESION	HERNIA		PROBLEMAS INTESTINALES
CHF	DIABETES	CONVULSIONES	PROBLEMAS DEL RINON		DEFICIENCIA PULMONAR
MIGRANAS	NEUMONIA	PSYCHOLOGICAL	DEMENCIA		ULCERAS/GASTRITIS
INSOMNIA	TIROIDE	EMBARAZO _____ SEMANAS			ATAQUE DEL CORAZON
ALERGIAS (temporales)	INSOMNIA	DEPENDENCIA A LAS DROGAS			LIVER ISSUE

**HISTORIAL DE CIRUGIAS** SI NO

**CIRCULE SI A TENIDO ALGUNAS DE ESTAS OPERACIONES**

APENDICITIS REPARACION DE FRACTURA OPERACION DEL CORAZON HISTERECTOMIA  
 LA LIGADURA DE TROMPAS VESICULA REMOVIDA OTHER \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MEDICO FAMILIAR** SI NO

**CIRCULAR TODAS LAS QUE APLIQUEN** Madre Padre Familiares

DIABETES ALTA PRESION ALTO COLESTEROL CANCER DERRAME CEREBRAL TIROIDE  
 OTRO \_\_\_\_\_

**USO DE TABACCO/ALCOHOL/CAFFEINA** SI NO

USO DE TABACCO: CIGS \_\_\_\_\_ ALCOHOL \_\_\_\_\_ DIA QUE DEJO DE FUMAR/TOMAR \_\_\_\_\_

**MEDICINA PREVENTIVA/PREGUNTAS DE SELECCION**

Ultima fecha de papanicolaou \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ultima fecha de mamografia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Ultima fecha de colonoscopia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ultima fecha de examen de dencidad de los huesos \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Vacuna de la numonia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Vacuna del flu \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Numero de embarazos \_\_\_\_\_ (mujer)  
 Se a caido en las ultimas 12 meses \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No  
 Siente poco interes o satisfaccion haceindo cualquier actividad \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No  
 Se siente desgano, depresivo o desesperanzado Si No



Nombre Del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

Nos gustaria informarle de nuestras polizas de oficina

### **Poliza de no presentarse**

Si usted no puede asistir a su cita debe de hablar a la clinica 24 horas antes de la hora de su cita para cancelar o cambiar su cita. Nuestra poliza de no presentarse es la siguiente: Se requiere un aviso de 24 horas. Si usted no se presenta a su cita programada se le cobrara \$25 por el intervalo de tiempo que no fuimos capaces de llenar cuando usted no se presento. La tercera vez que usted tenga una cita programada y no se presente, sera criterio del medico en cuanto si una carta sera enviada informandole que ya no podemos ser su doctor primario y que se le dara 30 dias para hablar a su aseguranza para que otro doctor sea asignado para su cuidado de salud. La persistencia de no asistir a las citas programadas sin notificar a la practica puede resultar en una suspension.

### **Poliza de expediente medico**

Cada paciente tiene un registro completo de todas las citas medica recibida en nuestra oficina. Su registro medico personal proporciona un historial de tratamiento, medicamento, y la informacion de reports diagnosticos, que permite a su equipo de atencion medica para hacer evaluaciones medicas completas. Consideramos su expediente confidencial. Por lo tanto, la informacion no sera divulgada sin su consentimiento por escrito, al menos que lo requiera la ley. Las copias de su expediente medico se dara a conocer a usted o transferidos a otro medico con el consentimiento escrito. Habra una tarifa de copia de \$25-\$50 por este servicio.

### **Completacion de Formas (Workman's compensation y disability formas, etc.)**

Un cobro de \$25-\$50 sera requerido si usted necesita que algun formulario sea completado por el doctor. Su aseguranza no lo cubre. El cobro varia en la longitud de la forma y el tiempo necesario para completer.

Yo, \_\_\_\_\_ e revisado la poliza.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

