



INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Primero Segundo Apellido

Dirección: _____
Calle Numero de Apt. Ciudad Estado/Codigo Postal

Teléfono Celular: _____ Teléfono Casa: _____ Sexo: [] M [] F

Seguro Social: _____ Raza: [] Blanco [] Afroamericano [] Hispano [] Asiatico [] Otro

Correo electronico: _____ Estado Marital: [] C [] S [] D [] V

Empleador del Paciente: _____ Telefono del trabajo: _____

- Escoja una
[] Yo vengo a PrimeCare para todos mis cuidados medicos.
[] Yo vengo a PrimeCare para todas mis urgencias medicas y veo a _____ para mi cuidado medico regularmente.

Contacto de emergencia: _____ Dirección: _____

Relacion al paciente: _____ Número de teléfono : _____

SI EL PACIENTE ES UN MENOR DE EDAD O UN DEPENDIENTE, POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCION.

Persona de Contacto #1: (CIRCULE UNA) Padre / Madre / Tutor Legal Nombre: _____
Primero Apellido

Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____
Calle Numero de Apt. Ciudad Estado/Codigo Postal

Teléfono: _____ Seguro Social: _____

Persona de Contacto #2: (CIRCULE UNA) Padre / Madre / Tutor Legal Nombre: _____
Primero Apellido

Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____
Calle Numero de Apt. Ciudad Estado/Codigo Postal

Teléfono: _____ Seguro Social: _____

INFORMACCION DE SEGURO MEDICO (Por favor de llenar esta seccion aunque ya tomamos copia de su tarjeta)

*Compañía de Seguro Medico Primaria: _____ Empleador: _____

Número de Identificacion: _____ Grupo: _____ Titular de Poliza: _____

Relacion con el Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Dirección de Reclamos: _____
Calle Numero de Apt # Ciudad Estado/Codigo Postal

*Compañía de Seguro Medico Secundario _____ Empleador: _____

Número de Identificacion #: _____ Grupo: _____ Titular de Poliza: _____

Relacion al Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Dirección de Reclamos: _____
Calle Numero de Apt. # Ciudad Estado/Codigo Postal

Autorizacion del paciente:

Yo autorizo a la clinica PrimeCare Medical que utilize los beneficios en mi nombre por los servicios rendidos. Yo certifico que la informacion que le proporcione a la clinica PrimeCare Medical sobre mi aseguranza medica es correcta. Yo tambien autorizo la liberacion de cual quier informacion, incluyendo informacion medica si es requerida por mi seguro de compensacion de trabajadores. Yo permito el uso de esta autorizacion para que sea usada de dicha manero en casos asi. Firmando abajo, yo estoy de acuerdo en pagar todos los servicios rendidos por la clinica PrimeCare que no sean cubiertos por el seguro medico. Si es necesario para la clinica PrimeCare iniciar accion judicial para enforsar el acuerdo de arriba, yo estoy de acuerdo en pagar todos los gastos de recaudacion y los honorarios de abogados de PrimeCare para esta accion.

Referencias:

Yo soy responsable por obtener un documento de referencia valida de mi medico de salud regular, si es requerido por mi seguro medico.

Pre-Certificacion:

Yo entiendo que la clinica PrimeCare va a atemptar de obtener una pre-certificacion medica como una cortesia hacia mi. Yo entiendo que PrimeCare no esta obligado a obtener una pre-certificacion y es mi responsabilidad obtener o asegurar de tener una pre-certificacion antes de mi procedimiento medico. Yo estoy de acuerdo en avisar y confirmar con PrimeCare que una pre-certificacion ha sido obtenida por mi. Yo entiendo que en el evento que una pre-certificacion no sea obtenida por mi, yo sere responsable por cualquier cantidad monetaria que no ha sido pagada, reducida, o rechazada por mi seguro medico.

Poliza sobre el pago de facturas medicas:

Yo acepto pagar a tiempo todos los cargos que son cobrados por servicios medicos que me han sido provenientes. Como padre o tutor legal, yo acepto total responsabilidad por todos los cargos incurridos por el paciente nombrado en la pagina anterior.

Poliza de Expediente Medico :

Yo autorizo a la clinica PrimeCare Medical que libere mi informacion medica como yo lo he indicado. Yo entiendo que PrimeCare no hace copia de expedientes y tal copia es sujeto a un costo adicional. Yo entiendo que tal expediente tiene que ser pedido por lo menos una semana antes de la fecha anticipada. Yo entiendo que el costo por copiar/imprimir mi expediente medico es \$0.50/ pagina, por las primeras 25 paginas y \$0.25 por cada pagina adicional. Adicionalmente, un costo laboral de \$15.00 puede ser requerido por cada expediente medico pedido. Yo entiendo que puedo recibir una factura de la clinica PrimeCare Medical por las copias de mi expediente medico. Pacientes u otras personas autorizadas por el paciente para requerir expedients para maneras legales, asugaranza, discapacidad (no con compensacion de trabajadores), cambio de doctor, o reubicacion son sujetos a un cobro por copia. No va ver cobro por hacer copias de expedientes para otro medico referido por otro proveedor en PrimeCare Medical, un caso de compensacion de trabajadores o cualquier otra situacion cubierta por la ley de Arkansas.

Telemedicina:

A la recomendacion del proveedor medico de PrimeCare Medical y con mi permiso , yo autorizo mi consentimiento para recibir servicios de Telemedicina en la clinica PrimeCare Medical. Yo entiendo que mi imagen e informacion medica protegida va a ser transmitida electronicamente por la plataforma de video conferencia por personal medico de PrimeCare Medical para el proposito de proveer un diagnostico medico y servicios de tratamiento. Yo entiendo que puedo retirar este permiso en cual quier tiempo antes del video conferencia, a lo cual no tendra ningun efecto negativo hacia mi relacion con PrimeCare. Yo entiendo que hay limites con la tecnologia de telemedicina y no hay garantia que una sesion de telemedicina va eliminar la necesidad de ser visto en persona por un proveedor medico para poder recibir un tratamiento medico apropiado o tratamiento adicional para mi condicion.

Derecho de Privacidad y Confidencialidad del Paciente:

PrimeCare esta compremetido a la privacidad del paciente y confidencialidad en conformidad con HIPAA. Por favor complete la seccion siguiente para que podamos asegurar la privacidad y confidencialidad de su informacion al grado requerido por las regulaciones existentes. Yo autorizo a PrimeCare Medical dejar informacion sobre mi informacion medica relacionada a mi cuidado medico por los siguientes metodos y se que es mi responsabilidad notificar ala clinica de cualquier cambio si es necesario:

Por favor provea el mejor numero de telefono para llamarle:

Podemos dejar mensaje de voz? Si No

Podemos mandarle un mensaje de texto? Si No

Liste cualquier persona autorizada para recibir su informacion medica, la relacion con usted y numero de telefono.

Nombre:	Relacion:	Teléfono:
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Yo he leído y entiendo la informacion prevista arriba.

Firma del Paciente/ Padre/ Tutor Legal

Fecha

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE RECIBO DE AVISO DE PRACTICAS PRIVADAS

La firma de abajo reconoce el recibo de la copia del aviso de Practicas Privadas para esta clinica de salud medica. Este aviso describe el tipo de usos y reporte de mi informacion medica protegida (PHI), que puede ocurrir en mi tratamiento, pago de mis facturas, o en la actuacion de los operativos del cuidado de salud. Esta pagina sera agregida al expediente medico del paciente.

Escriba en molde el nombre del paciente

Fecha

Escriba en molde su nombre

Nombre del representante legal o el padre/madre si el paciente es menor de edad

Relacion al paciente