

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____
(Primer) (Apellido)

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ **Sexo:** Masculino Femenino
(Mes) (Día) (Año)

Dirección: _____
(Número de Casa) (Nombre de Calle) (Número de Apartamento) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

 **Tel. de Casa:** _____  **Celular:** _____

 **Correo Electrónico:** _____ **Seguro Social:** _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Acompañ(a) Separado(a) Viudo(a)

Raza/Etnicidad: Blanco Afroamericano Hispano/Latino Asiático Nativo Americano Otro: _____

Método de Contacto: Casa Celular Correo Electrónico **Lenguaje:** Inglés Español Otro: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ **Relación al Paciente:** _____ **Número de Tel:** _____

SEGURO PRIMARIO

Nombre del Seguro: _____

ID #: _____

Nombre del Titular de Seguro: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____
(Mes) (Día) (Año)

Relación con el Titular del Seguro:
 Yo Espos(a) Hijo(a) Pareja Domestica

SEGURO SECUNDARIO (SI APLICA)

Nombre del Seguro: _____

ID #: _____

Nombre del Titular de Seguro: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____
(Mes) (Día) (Año)

Relación con el Titular del Seguro:
 Yo Espos(a) Hijo(a) Pareja Domestica

FARMACIA

Nombre de Farmacia: _____ **Número de Tel.:** _____

Dirección: _____

CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, el abajo firmante, reconozco que he leído la copia del Aviso de prácticas de privacidad de **Suffolk Primary Health LLC**. Si tengo alguna pregunta sobre la política, la discutiré con mi médico o el oficial de cumplimiento del grupo.

X

Firma del Paciente (o padre o tutor del paciente)

Imprimir Nombre

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Por el presente solicito y autorizo a **Suffolk Primary Health LLC** a llevar a cabo los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como tratamientos médicos, según se determine necesario conforme al criterio médico profesional de mi médico tratante, que incluye, entre otros, electrocardiogramas, pruebas de sangre y la administración de medicamentos y vacunas, así como la obtención de mi historial medical electrónico, según proceda. Estoy consciente de que la práctica de la medicina y los procedimientos relacionados no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías con respecto al resultado de ningún procedimiento, tratamiento o pruebas.

X

Firma del Paciente (o padre o tutor del paciente)

Imprimir Nombre

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE A UNA SEGUNDA PARTE

Al firmar a continuación, por la presente doy permiso a **Suffolk Primary Health LLC** para discutir con las siguientes personas información relacionada con los servicios de atención médica que recibo en el consultorio / práctica médica mencionada anteriormente. Acepto que esta información se limitará a la programación de citas (fecha y hora), programación de procedimientos (fecha, hora e información de preparación) prescripción re-llenado, resultados de pruebas de laboratorio, resultados de exámenes radiológicos y consultas de facturación. Acepto que esto no incluye la capacidad de las personas que se indican a continuación de autorizar la divulgación de mi información médica protegida a un tercero o de solicitar en mi nombre una copia de mi información médica. Acepto que esta autorización permanecerá activa hasta que la revoque enviando una autorización actualizada al consultorio médico mencionado anteriormente.

Nombre de la Persona _____ Relación al Paciente _____ Numero de Tel _____

Nombre de la Persona _____ Relación al Paciente _____ Numero de Tel _____

X

Firma del Paciente (o padre o tutor del paciente)

Imprimir Nombre

Fecha

GARANTÍA DE PAGO

Muchas compañías de seguro, incluso las organizaciones de cuidado gestionado, requieren de previa autorización escrita para el tratamiento y las citas de seguimiento. Es su responsabilidad como paciente obtener todas las autorizaciones necesarias de su compañía de seguro antes de recibir los servicios médicos. Si no ha recibido aprobación previa para el servicio o le han rechazado la autorización, usted es totalmente responsable de todos los cargos si su seguro no está de acuerdo en pagarlos. Además, será responsable de todos los deducibles, coseguros, copagos, cualquier pago que no esté cubierto por su plan de seguro, y cualquier servicio que la compañía de seguro determine que no es "médicamente necesario".

He leído y entiendo esta información. Entiendo que mi compañía de seguro podría negar cobertura y solicito que de todas formas **Suffolk Primary Health LLC** preste este servicio médico. Estoy de acuerdo en ser total y personalmente responsable por todos los cargos. Entiendo que el proveedor mencionado anteriormente depende de esta promesa y está prestando servicios sin requerir pago en el momento del servicio basado en dicha confianza.

X

Firma del Paciente (o padre o tutor del paciente)

Imprimir Nombre

Fecha

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Autorizo que los pagos del seguro se realicen directamente a **Suffolk Primary Health LLC** por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable de todos y cada uno de los saldos no cubiertos por mi compañía de seguros.

Por la presente autorizo a **Suffolk Primary Health LLC** a divulgar información médica o incidental que pueda ser necesaria para la atención médica o el procesamiento de reclamaciones de seguros.

Verifico que toda la información proporcionada sobre mi seguro es precisa. Notificaré a la oficina **Suffolk Primary Health LLC** si se realizan cambios en mi seguro. Autorizo la divulgación de registros a pedido. Una fotocopia de estas cesiones será válida como original.

X

Firma del Paciente (o padre o tutor del paciente)

Imprimir Nombre

Fecha