

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE PACIENTE NUEVO

Información del Paciente

**** Tenga en cuenta que el nombre y el sexo al nacer que ha indicado en este formulario y en su tarjeta de seguro deben coincidir. Esta información se utilizará en documentos relacionados con seguros, facturación y correspondencia. ****

¿Ha visitado un consultorio médico o hospital en las últimas 24 horas? **SÍ / NO** (Círcula Uno)

Razón de la Visita: _____ **SSN:** _____ - _____ - _____

Primer Nombre: _____ **Apellido:** _____

Nombre Preferido: _____ Segundo Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ **Sexo al Nacer:** M / F / Desconocido (Círcula Uno)

Dirección de Envío: _____ **Condado:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono Móvil: (____) - ____ - ____ ¿Está bien dejar un mensaje de voz? **SÍ / NO**

Teléfono de Casa: (____) - ____ - ____ ¿Está bien dejar un mensaje de voz? **SÍ / NO**

Estado de Empleo: Discapacitado Trabajadores por Cuenta Propia Tiempo Completo Tiempo Parcial

Alumno No Empleado Jubilado Rechazar Respuesta

Proveedor de Atención Primaria: _____

(NOTIFIQUE AL PERSONAL DE LA RECEPCIÓN SI TIENE UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA)

Farmacia Preferida: _____ - _____ , _____

(Nombre)

(Ciudad)

(Estado)

Contacto de Emergencia: _____ **Relación:** _____

Número de Teléfono de Contacto de Emergencia: (____) - ____ - ____

Etnicidad: Rechazar Respuesta No Hispano o Latino Hispano o Latino

Raza: Indio Americano o Nativo de Alaska Negro o Afroamericano Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico

Asiático Blanco Rechazar Respuesta Otro

Idioma Preferido: _____

Nombre del Seguro Principal: _____ **Identificación de Miembro:** _____

Suscriptor/Titular de la Póliza: _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: ____ / ____ / ____ **Relación de Suscriptor:** _____

Nombre del Seguro Secundario: _____ **Identificación de Miembro:** _____

Suscriptor/Titular de la Póliza: _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: ____ / ____ / ____ **Relación de Suscriptor:** _____

¿Cómo te enteraste de nosotros? Paciente Existente Remisión Amigo/Familia Empleador Correo

Directo Seguro Periódico Cámara de Comercio Internet Televisión Radio Señalización Otro

Consentimiento para Tratamiento Médico: Yo me presento voluntariamente a QuickVisit Urgent Care y consiento el tratamiento del médico de turno y de quien sea que lo haga designar como su asistente, asociado, médico tratante y personal de atención al paciente para brindar mi atención. Dicha atención puede incluir, pero no se limita a procedimientos de diagnóstico, evaluaciones y procedimientos radiológicos, y la administración de medicamentos considerado aconsejable en mi diagnóstico, tratamiento y curso de atención. Reconozco que no se puede hacer ni tener ninguna garantía en cuanto a los resultados de tratamientos / exámenes, y entiendo que todos los tratamientos médicos contienen riesgos inherentes.

Nombre del Paciente o Tutor Legal: (Imprimir) _____

Relación con el Paciente: _____

Firma del Paciente o Tutor Legal: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

PAPELEO DE CONSENTIMIENTO

Lenguaje de Consentimiento de Comunicación: Estoy expresamente de acuerdo y estoy de acuerdo en que, para discutir o dar servicio a sus cuentas (s) o para cobrar los montos que puedo deber, QuickVisit Urgent Care, y sus funcionarios, agentes, afiliados, empleados, y cualquier proveedor de servicios afiliado o asociado y cualquier agencia de cobro de deudas de terceros asociada con el mismo pueden comunicarse conmigo por teléfono a cualquier número de teléfono asociado con las Cuentas, incluidos números de teléfono inalámbricos, que podrían resultar en cargos para mí. Estoy expresamente de acuerdo y estoy de acuerdo en que QuickVisit y sus afiliados también pueden contactarme enviando mensajes de texto, correos electrónicos o por voz pregrabada o artificial o mensajes de voz, métodos de marcación automática, sistemas o dispositivos, y indicaciones de voz pregrabadas o artificiales en cualquier número de teléfono asociado con mi cuenta, incluidos los números de teléfono inalámbrico o móvil, independientemente de si incurro cargos como resultado. Al firmar a continuación, también consiento recibir información de comunicación y marketing del paciente por correo electrónico y / o mensaje de texto. Entiendo que puedo optar no participar si ya no quiero recibir comunicaciones.

Acuerdo de Obligación Financiera del Paciente: Entiendo que todos los copagos y deducibles aplicables deben pagarse al momento del servicio. Estoy de acuerdo en ser financieramente responsable y hacer el pago completo de todos los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros. Autorizo mis beneficios de Seguro se pagará directamente a QuickVisit por los servicios prestados. Autorizo a los representantes de QuickVisit a liberar información médica pertinente a mi compañía de seguros cuando se le solicite o para facilitar el pago de un reclamo. Entiendo que puedo recibir facturas de terceros por cualquier trabajo de laboratorio y/o equipo médico (es decir, muletas, cabestrillos, etc.) subcontratados por QuickVisit.

Acuerdo de saldo pendiente: Al firmar a continuación, autorizo a QuickVisit Urgent Care a mantener mi firma y la información de mi tarjeta de crédito de forma segura en mi cuenta. Autorizo a QuickVisit Urgent Care a cargar en mi tarjeta de crédito los saldos pendientes cuando venzan los saldos (que no superen los \$75,00 en un lapso de 30 días) por los servicios prestados que mi compañía de seguros identifique como mi responsabilidad financiera. Esta autorización se relaciona con todos los pagos no cubiertos por mi compañía de seguros por los servicios que me brindó. Esta autorización permanecerá vigente hasta que la cancele. Para cancelar, debo dar una notificación de 30 días a QuickVisit Urgent Care por escrito y la cuenta debe estar al día.

La información de su tarjeta de crédito se obtendrá y mantendrá segura hasta que su(s) seguro(s) haya(n) pagado su parte y nos notifique el saldo adeudado, si corresponde. Los saldos adeudados se aplicarán a la tarjeta registrada. Estos montos transferidos se describen en la Explicación de beneficios (EOB) que le envía su compañía de seguros. Su capacidad para disputar un cargo o cuestionar la determinación de pago de su compañía de seguros permanecerá sin cambios. Si tiene alguna pregunta sobre nuestra política, lea el formulario de preguntas frecuentes.

Consentimiento de Registros de Farmacia Externos: Entiendo que el historial de prescripciones de varios otros proveedores médicos no afiliados, compañías de seguros y los gerentes de beneficios de farmacia pueden ser accedidos por mi proveedor y QuickVisit Urgent Care. Esto puede incluir prescripciones de hace varios años.

Aviso de Prácticas de Privacidad: Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de QuickVisit (NOPP).

Divulgación de Información y Consentimiento: QuickVisit le proporcionará los planes de salud que acepta su proveedor (s). Si decide ser tratado por un proveedor que no acepta su plan de salud, se le pedirá que firme un formulario de consentimiento acordando que acepta el tratamiento de ese proveedor.

He leído y acepto todo lo anterior (Consentimiento para tratamiento médico, lenguaje de consentimiento de comunicación, acuerdo financiero, registros de farmacia externos, aviso de prácticas de privacidad y divulgación de información).

Nombre del Paciente o Tutor Legal (Imprimir): _____
Firma del Paciente o Tutor Legal: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

FORMULARIO DE LIBERACIÓN DE HIPAA

Nombre: _____ (Primer Nombre) _____ (Apellido) *(Por favor Imprimir)*

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Divulgación de información - MÉDICO

Autorizo la divulgación de información, incluidos, entre otros, los detalles de la visita, el diagnóstico, los planes de tratamiento, los registros médicos y otros resultados de imágenes o exámenes.

Esta información puede ser divulgada a:

Esposo: **SÍ / NO** Name: _____

Niño: **SÍ / NO** Name(s): _____

Empleador: **SÍ / NO** Name(s): _____

Otro: **SÍ / NO** Name(s): _____

Esta información **NO** debe ser divulgada a nadie.

Divulgación de Información - FACTURACIÓN

Autorizo la divulgación de información que incluye, entre otros, detalles de estados de cuenta, registros de facturación e información de seguros en archivo. QuickVisit Urgent Care no puede divulgar ninguna información de pago personal archivada a nadie más que al paciente (y/o al titular de la tarjeta, si corresponde) sin consentimiento previo. Se debe dar el consentimiento para que se divulgue esta información para cada caso.

Esta información puede ser divulgada a:

Esposo: **SÍ / NO** Name: _____

Niño: **SÍ / NO** Name(s): _____

Empleador: **SÍ / NO** Name(s): _____

Otro: **SÍ / NO** Name(s): _____

Esta información **NO** debe ser divulgada a nadie.

**** Esta divulgación de información permanecerá vigente hasta que termine por escrito o cuando envíe un formulario actualizado. Esta liberación solo es válida por un año a partir de la fecha firmada. Si algo cambia (es decir, divorcio, muerte, matrimonio, etc.), es su responsabilidad notificar a QuickVisit Urgent Care por escrito o completando un nuevo formulario de cambio.****

Llamadas Telefónicas al Paciente:

Si no puede comunicarse conmigo, puede dejar un mensaje detallado

Puede dejar un mensaje pidiéndome que le devuelva la llamada

No dejes un mensaje

Número de Teléfono: _____ - _____ - _____ o Cualquier número de teléfono que figure en mi cuenta

Privilegiado: **Teléfono Celular / Teléfono de Casa / Teléfono de Trabajo** *(Círculo Uno)*

Firma del Paciente o Tutor Legal: _____

Fecha: _____ / _____ / _____



RESUMEN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este resumen de nuestras prácticas de privacidad contiene una versión condensada de nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

Este Resumen describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente.

Entendemos que su información médica es personal y estamos comprometidos a proteger esta información. Como nuestro paciente, creamos registros médicos sobre su atención médica para usted y los servicios y / o artículos que le brindamos como nuestro paciente. Por ley, estamos obligados a asegurarnos de que su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) se mantenga privada. ¿Cómo usaremos o divulgaremos su información? He aquí algunos ejemplos. Para obtener más detalles, pregunte a nuestra oficina principal.

- Para tratamiento médico
- Para obtener el pago de nuestros servicios
- En situaciones de emergencia
- Para recordatorios de citas y recordatorios de pacientes
- Operaciones de atención médica
- Comunicación y Educación
- Para la investigación
- Monitoreo de Riesgos y Seguridad para la Salud Pública
- Para donación de órganos y tejidos
- Para programas de Compensación al Trabajador
- En respuesta a ciertas solicitudes que surjan de demandas u otras disputas

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Consultorio o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante el Consultorio, comuníquese con nuestro Gerente de Oficina. Todas las quejas deben presentarse por escrito. No se le penalizará por presentar una queja.

Usted tiene ciertos derechos con respecto a la información que mantenemos sobre usted. Estos derechos incluyen:

- El derecho de acceso/copia
- El derecho de enmienda
- El derecho a una rendición de cuentas de las revelaciones
- El derecho a solicitar restricciones
- El derecho a recibir una copia impresa de este aviso
- El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

Para obtener más información sobre estos derechos, consulte el Aviso detallado de Prácticas de Privacidad, disponible a pedido en el mostrador de recepción.