

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Información del paciente						
Apellido		Nombre		Segundo nombre	Sufijo	N.º de seguro social
Género (marcar)	Fecha de nacimiento	Estado civil (marcar) <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____			Médico de atención primaria	
Idioma preferido (marcar) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		Raza (marcar) <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra: _____			Etnicidad (marcar) <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No hispana <input type="checkbox"/> Desconocida	
Domicilio postal	Departamento/lote	Ciudad/estado	Código postal	Números de teléfono		Particular () Celular () Laboral ()
Dirección de correo electrónico		¿Cómo nos conoció?			Médico que deriva	
Parte responsable						
Marcar si es el mismo que: <input type="checkbox"/> Paciente						
Apellido		Nombre	Género (marcar) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento	¿Cuál es el vínculo del paciente con la parte responsable?	
Domicilio postal	Departamento/lote	Ciudad/estado	Código postal	Números de teléfono		Particular () Celular () Laboral ()
Información del empleador						
Empleador		Domicilio		Ciudad/estado		Código postal
Contacto de emergencia						
Marcar si es el mismo que: <input type="checkbox"/> Parte responsable						
Apellido		Nombre	Género (marcar) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento	¿Cuál es el vínculo del paciente con el contacto de emergencia?	
Domicilio postal	Departamento/lote	Ciudad/estado	Código postal	Números de teléfono		Particular () Celular () Laboral ()
Contacto del representante						
Marcar si es el mismo que: <input type="checkbox"/> Parte responsable <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia						
Apellido		Nombre	Género (marcar) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento	¿Cuál es el vínculo del paciente con el representante?	
Domicilio postal	Departamento/lote	Ciudad/estado	Código postal	Números de teléfono		Particular () Celular () Laboral ()
Información del seguro						
Marcar si es: <input type="checkbox"/> Pago particular						
Marcar si es el mismo que: <input type="checkbox"/> Parte responsable			Marcar si es el mismo que: <input type="checkbox"/> Parte responsable			
Nombre del suscriptor/miembro		Fecha de nacimiento		Nombre del suscriptor/miembro		Fecha de nacimiento
¿Cuál es el vínculo del paciente con el suscriptor?		Género (marcar) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		¿Cuál es el vínculo del paciente con el suscriptor?		Género (marcar) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Compañía de seguros primaria		Fecha de inicio		Compañía de seguros secundaria		Fecha de inicio
Domicilio postal del seguro postal		Ciudad/estado	Código	Domicilio postal del seguro postal		Ciudad/estado Código
N.º de suscriptor/miembro		N.º de grupo		N.º de suscriptor/miembro		N.º de grupo

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Aclaración en letra imprenta del paciente o del representante legal

NOTIFICACIÓN SOBRE POLÍTICA DE PRIVACIDAD

En recepción se encuentra a disposición del público una copia de la notificación sobre política de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) que puedo leer íntegramente. La notificación sobre política de privacidad de HIPAA contiene información sobre los usos y las divulgaciones de mi información médica protegida («IMP»).

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA y CONTACTO DE EMERGENCIA

Autorizo a **Independence Physician Management** a comunicarse con las siguientes personas sobre mi afección médica, diagnóstico, tratamiento, citas (pasadas y futuras) y obligación financiera. Entiendo que no se compartirá información médica con nadie, familiares inclusive, a menos que se les mencione por nombre a continuación.

Nombre: _____ Relación _____

Nombre: _____ Relación _____

Autorizo a **Independence Physician Management** a dejar en mi número de teléfono celular o de casa mensajes de voz o de contestador automático sobre resultados de pruebas u otras inquietudes relacionadas con la atención médica. Sí No

Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono _____ Relación: _____

Correo electrónico: _____

NORMATIVA FINANCIERA y AUTORIZACIÓN para CESIÓN de PRESTACIONES

Independence Physician Management aspira a hacer su normativa financiera, trámites con aseguradoras y procedimientos de facturación lo más simple posibles para sus pacientes. Usted tiene la responsabilidad no solo de asegurarse de que tengamos la información correcta de su seguro, sino también de conocer su copago, cantidad de coseguro y franquicia. Los pacientes que pagan por cuenta propia, a quienes se ofrece un descuento del 50 %, deben abonar la cantidad correspondiente en el momento de prestación de servicios. A los pacientes cuyos cheques se regresen por insuficiencia de fondos se les aplicará un recargo de 30 dólares. Los estados financieros se envían por correo mensualmente. En caso de preguntas o inquietudes acerca de su saldo, favor de ponerse en contacto con nuestra oficina central de facturación. **Independence Physician Management** presentará los reclamos por prestación de servicios directamente a mis seguros primario y secundario. Autorizo el pago directo a **Independence Physician Management** de cualquier prestación de seguro que de otra manera sea pagadera a mí. Los cargos que no se consideren cubiertos por la compañía aseguradora serán responsabilidad del paciente, excepto según lo requerido por ley en relación con programas estatales y federales de reembolso. Autorizo a **Independence Physician Management** a divulgar o recibir cualquier información necesaria para acelerar la tramitación de los reclamos de seguro.

CONSENTIMIENTO GENERAL para EXAMEN y TRATAMIENTO

Por la presente doy a **Independence Physician Management** mi consentimiento y autorización para realizar exámenes médicos y prestar atención médica de rutina en todas mis visitas; esto podría incluir procedimientos y pruebas rutinarias diagnósticas y de laboratorio, administración de medicamentos y otra atención de rutina para la cual no firmaré un formulario de consentimiento informado específico. El presente consentimiento incluye consentimiento y autorización para tomar fotografías o imágenes de mí o de partes de mi cuerpo a efectos de identificación, diagnóstico, tratamiento, pago y actividades de atención médica prestadas por **Independence Physician Management**. Toda fotografía o imagen que se tome pasará a formar parte de mi expediente médico. **Independence Physician Management** no usará dichas fotografías o imágenes con ningún otro fin sin mi consentimiento específico por escrito. Entiendo que ciertos procedimientos requerirán un consentimiento informado específico y que **Independence Physician Management** me proporcionará con antelación la información y los formularios pertinentes. Otorgo a **Independence Physician Management** consentimiento para informar al Registro de Vacunación del Estado de las vacunas administradas y para consultar o importar todo el historial de medicamentos recetados durante los últimos dos años. Autorizo a **Independence Physician Management** a buscar mis expedientes y acceder a ellos por medio de un intercambio de información médica (HIE, por sus siglas en inglés) a efectos de tratamiento médico. Tengo derecho a dejar de participar en cualquier momento mediante notificación a **Independence Physician Management**.

Este formulario se vence en tres años a partir de la fecha de hoy.

Nombre del paciente (letra de molde)

Firma

Representante del paciente (si este no puede firmar)

Firma