

Registro de Paciente Nuevo

Por favor imprime claramente

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Código postal: _____ Ciudad: _____

Dirección de Envió: _____ Código postal: _____ Ciudad: _____

*** Verifique su número de teléfono principal y dirección de correo electrónico**

Teléfono móvil: _____ Correo Electrónico*: _____

Teléfono de casa: _____ Correo Electrónico*: _____

Teléfono del trabajo: _____ Correo Electrónico*: _____ Fecha de

Nacimiento: _____ N° de Seguro Social _____ Sexo: _____

Estado civil: Divorciado(a) Pareja doméstica Prometido(a) Compañero(a) de vida Mujer

Legalmente separado(a) Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Otro Hombre

Nombre Médico de cabecera : _____ Número Telefónico de Médico Primario: _____

¿Como supo de nosotros? Escuela / Universidad

Paciente Existente Amigo / Familia Trabajo Páginas Amarillas Internet: _____

Pasó por la calle Compañía de Seguros Tele/Radio Abogado _____

Preferencia de notificación: Teléfono Texto Correo Electrónico

Las regulaciones gubernamentales requieren que hagamos las siguientes preguntas: Rechazo del Paciente

Indio Americano o Nativo de Alaska

Hispano o Latino

Negro o Afroamericano

Ethnicity:

No hispano o Latino

Raza:

Asiático Blanco o Hispano

Lenguaje primario: _____

Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

Idioma Secundario: _____

Información del seguro: _____ Tarjeta de seguro proporcionada a recepción

Compañía de seguros: _____ N° de Póliza: _____

Dirección: _____ N° de grupo: _____

*** En la parte posterior de la tarjeta**

Suscriptor: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ Código postal: _____ Ciudad: _____

Fecha de nacimiento: _____ N° de Seguro Social: _____ Copago: _____

Nombre de farmacia de preferencia: _____

Calles Principales de Farmacia: _____

¿Tiene una farmacia de pedido por correo? No Si Si Nombre: _____

Si usted tiene ambos, por favor haga que es su farmacia preferida: por correo Al por menor

Contacto de Emergencia / Relación: _____ Celular: _____

Firma del Paciente / Guardián _____ Fecha: _____

Con esta firma verifico que toda la información es actual y actualizada.



Autorizaciones del paciente

Notificación de prácticas de privacidad

Confirmando que he recibido y revisado la Notificación de Prácticas de Privacidad (NPP) de Rocky Mountain Urgent Care & Family Medicine en la fecha indicada. Entiendo que si tengo alguna pregunta con respecto a la información contenida en este documento, puedo contactar a la Oficina de Cumplimiento de Atención Urgente de Rocky Mountain al 855.809.7011 o por correo electrónico a ComplianceOffice@rm-uc.com.

Firma del Paciente / Guardián

Fecha

Acuerdo Financiero

"Entiendo que si tengo alguna pregunta con respecto a la información contenida en este documento, puedo comunicarme con la Oficina de Facturación de Rocky Mountain Urgent Care al 877.215.3727 O por correo electrónico en BillingOffice@rm-uc.com.

Entiendo que no debo hablar de ningún aspecto financiero de mi cuenta con el proveedor o el personal médico. Si tengo preguntas o comentarios con respecto a las finanzas de mi cuenta, debo hablar con un Coordinador de Atención al Paciente o un especialista en facturación".

Firma del Paciente / Guardián

Fecha

Responsabilidad Financiera, Asignación de Beneficios y Expedición de Expedientes Médicos

Con la firma a continuación, autorizo a Rocky Mountain Urgent Care & Family Medicine a presentar reclamaciones a las compañías de seguros junto con cualquier registro médico requerido para el pago de estas reclamaciones. Si me ven por una lesión relacionada con el trabajo, entiendo que mi empleador recibirá cualquier información médica requerida para el pago de estas reclamaciones. Autorice cualquier pago de beneficios, pagaderos a mí, que se hagan a nombre de Rocky Mountain Urgent Care & Family Medicine.

Firma del Paciente / Guardián

Fecha

Consentimiento para tratamiento médico

Con la firma abajo autorizo a Rocky Mountain Urgent Care a realizar el tratamiento médico que el proveedor médico (s) y sus asistentes consideren necesario. También autorizo a Rocky Mountain Urgent Care & Family Medicine a obtener toda la historia médica y de prescripciones a través del sistema de registro médico electrónico en su lugar.

Firma del Paciente / Guardián

Fecha

Autorización para Liberar Proteger la Información de Salud

Autorizo a Rocky Mountain Urgent Care & Family Medicine a liberar mi información médica protegida a través de los siguientes métodos:

Correo de Voz: _____ Correo electrónico** : _____

Autorizo a Rocky Mountain Urgent Care & Family Medicine a divulgar información específica sobre la salud protegida en el método anterior para la siguiente información:

Posibles resultados de laboratorio /Resultados de patología Resultados Negativos /Resultados de patología
 Todos los resultados de laboratorio/Resultados de patología (positivos y negativos) Resultados de radiología

Entidades adicionales para recibir mi información médica protegida:

Entidades adicionales:

Información que debe publicarse:

Por favor, compruebe cada entidad que está aprobada para recibir información relacionada con la Información de Salud Protegida.

Seleccione la información que se puede liberar a la entidad a la izquierda.

Pareja (escriba nombre y número telefónico)

financiero
 Médico

Padre(s) (escriba nombre y número telefónico)

financiero
 Médico

Otro (escriba nombre y número telefónico)

financiero
 Médico

Firma del Paciente / Guardián:

Fecha

** Al seleccionar un correo electrónico como notificación anterior, entiendo y acepto el riesgo de que se puede acceder a la información inapropiada si no se envía cifrada

* Rocky Mountain Family Medicine es un DBA para Potomac Square Family Medicine