

Patient Registration Form

Por favor imprime claramente

*Nombre: _____ *Segundo Nombre: _____ *Apellido: _____
*Fecha de Nacimiento: _____ *Sexo: Hombre Mujer N° de Seguro Social: _____
*Dirección: _____ *N° de Apt: _____ *Ciudad: _____ *Estado: _____ *Código Postal: _____
*Teléfono de casa: _____ *Correo Electrónico: _____
Teléfono móvil: _____ Correo Electrónico Confidencial: _____
*Nombre Médico de Cabecera: _____ *Idioma Preferido: _____

Las regulaciones gubernamentales requieren que hagamos las siguientes preguntas:

Rechazo del Paciente

*Raza

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Afroamericano
- Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico
- Blanco
- Rechazar especificar

*Ethnicidad

- Hispanic or Latino
- No Hispanic or Latino

*Nombre de farmacia de preferencia: _____
Calles Principales de Farmacia: _____ Código Postal: _____
¿Tiene una farmacia de pedido por correo? No Sí: _____
Si usted tiene ambos, por favor haga que es su farmacia preferida: Por correo Al por menor

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Preferencia de notificación: Teléfono Texto Correo Electrónico: _____

Nombre del Garante: _____ Relación: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
*Empleador: _____
*¿Como supo de nosotros? _____

Compañía de Seguros: _____ N° de Póliza: _____ N° de Grupo: _____
Dirección de Reclamos: _____

Nombre del Titular de Póliza: _____ Relación con el Paciente: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Fecha de Nacimiento: _____ N° de Seguro Social: _____



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

Inicial

Acuerdo Financiero

Confirmando que he recibido y revisado el Acuerdo financiero de Rocky Mountain Urgent Care & Family Medicine en la fecha indicada. Entiendo si tengo alguna pregunta con respecto a la información contenida en este documento, me puedo comunicar con la Oficina de Facturación de Rocky Mountain Urgent Care al 877.215.7448

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.

Inicial

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.

Inicial

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.

Inicial

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:

Complete a cualquier otra persona que esté aprobada para recibir información relacionada con la Información de Salud Protegida

Individual autorizado (escriba nombre y número telefónico)

Información que debe publicarse:

Seleccione la información que se puede liberar a la persona nombrada

Financiero

Médico

Firma del Paciente / Guardián: _____

Con esta firma, verifico que toda la información dada es actual y exacta.

Fecha: _____