

## Patient Registration Form

### Por favor imprime claramente

\*Nombre: \_\_\_\_\_ \*Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ \*Apellido: \_\_\_\_\_

\*Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ \*Sexo:  Hombre  Mujer Nº de Seguro Social: \_\_\_\_\_

\*Dirección: \_\_\_\_\_ \*Nº de Apt: \_\_\_\_\_ \*Ciudad: \_\_\_\_\_ \*Estado: \_\_\_\_\_ \*Código Postal: \_\_\_\_\_

\*Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ \*Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico Confidencial: \_\_\_\_\_

\*Nombre Médico de Cabecera: \_\_\_\_\_ \*Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

¿Como supiste de nosotros?  Paciente existente  Amigo / Familia  Google  Asegurador  Empleador

Otro: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Nº de Póliza: \_\_\_\_\_ Nº de Grupo: \_\_\_\_\_

Dirección de Reclamos: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de Póliza: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Nº 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

Información que debe publicarse:

Seleccione la información que se puede liberar a la persona nombrada

Individual autorizado (escriba nombre y número telefónico)

Financiero

Médico

**Firma del Paciente / Guardián:** \_\_\_\_\_

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

Fecha: \_\_\_\_\_