

FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVOS PACIENTES

Fecha: _____

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Name: (Last, First, Middle) _____ Maiden: _____ Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal : _____

#Teléfono:(_____) #Teléfono alterno: (_____)

Dirección de correo electrónico: _____ SSN: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____

Situación laboral: Tiempo completo Tiempo parcial Desempleado Jubilado Estudiante OtroEstado civil: Casado Soltero Divorciado ViudoRaza: Asiático Negro o afroamericano Nativo americano Blanco/caucásico Otro

Etnicidad: ¿Te identificas con un origen étnico? En caso afirmativo, cual: _____

Nombre del cónyuge: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono de contacto de emergencia: (_____)

Farmacia de preferencia: _____ Teléfono de farmacia: _____

Si el paciente es menor de edad (menor de 18 años), proporcione información para el padre o tutor legal.

Padre/tutor legal: _____ #Teléfono: (_____)

¿Como escuchó sobre nuestra oficina? Referidos Redes Sociales Internet Periódico/Radio/TV Correo

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Compañía de seguros: _____ #ID: _____

Plan: _____ Grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador del titular de la póliza: _____ Relación con el paciente: _____

Compañía de seguros secundaria: _____ ID#: _____

Plan: _____ Grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador del titular de la póliza: _____ Relación con el paciente: _____

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente autorizo a la(s) persona(s) que se enumeran a continuación para recibir información sobre el cuidado del paciente mencionado anteriormente.

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR HISTORIAL DE RECETAS MEDICAS

Por medio de este documento, autorizo a MedNova Primary Care y sus proveedores afiliados a obtener electrónicamente mi historial externo de recetas médicas. Entiendo que mis proveedores y el personal pueden ver aquí mi historial de recetas médicas de otros proveedores médicos no afiliados, compañías de seguros y administradores de beneficios de farmacia, que puede incluir recetas médicas hechas desde hace varios años. Entiendo que MedNova Primary Care y sus proveedores afiliados utilizarán mi historial de recetas externas para brindarme tratamiento médico y para evaluar y mejorar mi seguridad como paciente y la calidad de la atención médica que se me brinda. Entiendo que puedo revocar mi permiso en cualquier momento mediante notificación por escrito a mi proveedor.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍA, GRABACION DE AUDIO/VIDEO

Doy mi consentimiento para que MedNova Primary Care tome mi imagen para uso de tratamiento, pago o para operaciones de atención médica. Entiendo que la imagen, incluidas las fotografías, etc., tendrá el propósito de ayudar en mi atención, pago u operaciones de atención médica, incluidas las iniciativas de calidad.

Entiendo que MedNova Primary Care será propietaria de estas imágenes; sin embargo, copias de ellos pueden estar disponibles a un costo razonable. Puedo revocar mi permiso en cualquier momento mediante notificación por escrito a mi proveedor.

Certifico que este formulario me ha sido explicado completamente y entiendo su contenido.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por medio de este documento autorizo a que MedNova Primary Care obtenga en mi nombre los beneficios para los servicios cubiertos. Solicito que el pago de mi compañía de seguros se haga directamente a MedNova Primary Care.

Certifico que la información que he proporcionado con respecto a mi cobertura de seguro es correcta. Entiendo que soy responsable del pago de todos los servicios médicos prestados. Todo cheque que me envíe mi compañía de seguros será enviado a este grupo médico para aplicarlo a mi cuenta, en caso de que exista un saldo.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo, el abajo firmante, como paciente o en nombre del paciente, cuyo nombre aparece a continuación, por medio de este documento doy mi consentimiento y autorizo al médico tratante y a cualquiera de los profesionales de la salud designados a realizar exámenes y procedimientos de diagnóstico de rutina sobre mí. También doy mi consentimiento y autorizo al médico a prescribir un régimen terapéutico, el cual seguiré. A menos que me niegue explícitamente, doy mi consentimiento para que el (los) tratamiento (s), prueba (s) de diagnóstico, procedimiento(s), inmunización (es) ordenados por el médico o cualquiera de los profesionales de la salud designados se realice en mí, a pesar del riesgo involucrado y las complicaciones que puedan ocurrir, que se me explicarán en el momento en que se ordenen.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA MENSAJERIA POR eCLINICAL

(Mensajes pregrabados enviados a través de un marcador automático, que reproduce un mensaje con una voz humana o computarizada). Al proporcionar mi(s) número(s) de teléfono, acepto recibir llamadas de recordatorio de citas automatizadas de MedNova Primary Care, mensajes pregrabados en el número de teléfono proporcionado. Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento. Dicha retirada del consentimiento debe hacerse por escrito. Entiendo que puedo revocar mi permiso en cualquier momento mediante notificación por escrito a mi proveedor.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Otros Proveedores que Participan en Mi Atención Médica

Tipo Nombre del médico Número de teléfono

Cardiólogo		
Dermatólogo		
Otorrinolaringólogo oído/nariz/garganta		
Gastroenterólogo		
Ginecólogo		
Nefrólogo		
Oncólogo		
Oftalmólogo		
Ortopeda		
Psiquiatra/ Psicólogo		
Neumólogo		
Reumatólogo		
Urólogo		

Mi último médico de atención primaria fue:

Nombre: _____

Número de teléfono: _____



Consentimiento Telemedicina de MedNova Primary Care

Un servicio de telemedicina significa que mi visita con un proveedor médico se realizara en un sitio distante mediante el uso de equipos audiovisuales. Este consentimiento para los servicios de seguimiento con el proveedor medico por telemedicina es válido por 12 meses.

También entiendo que:

1. Puedo rechazar el servicio de telemedicina en cualquier momento por escrito, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro, y no se me pueden quitar los beneficios del programa a los que de otro modo tendría derecho.
2. Es posible que tenga que viajar para ver a un proveedor en persona si rechazo los servicios de telemedicina.
3. Las mismas protecciones de confidencialidad que se aplican a mi otra atención médica también se aplican a los servicios de telemedicina.
4. Tendré acceso a toda la información médica que resulte de los servicios de telemedicina según lo dispuesto por la ley.
5. La información del servicio de telemedicina, (imágenes que pueden identificarse como mías u otra información médica del servicio de telemedicina) no se puede divulgar a nadie más sin mi consentimiento.
6. Se me informará de todas las personas que estarán presentes en todos los sitios durante mi servicio de telemedicina.
7. Informaré de todas las personas que estarán presentes en todos los sitios durante mi servicio de telemedicina.
8. Puedo excluir a cualquier persona de cualquier sitio durante mi servicio de telemedicina.
9. Es posible que vea un proveedor medico en persona inmediatamente después de mi servicio de telemedicina, en caso de que mi proveedor medico entienda que es una urgencia.
10. También entiendo que mi seguro será facturado por esta visita con el proveedor medico de MedNova Primary Care, y que se me puede facturar por lo que mi seguro no cubre. Entiendo que, si tengo alguna pregunta sobre mi facturación, tendré que hablar con la oficina de facturación de MedNova Primary Care. Por lo tanto, al firmar este consentimiento, estoy dando permiso para divulgar información a mi compañía de seguros o tercero pagador.

He leído este documento detenidamente y mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Entiendo que este consentimiento es válido por doce meses y se renovará después de _____.

Firma de Paciente

Fecha

Firma del representante legal

Fecha

[] Rehusa



Autorización para Recoger Recetas

Apellido/s: _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Por la presente, autorizo a las personas que se enumeren a continuación para que recojan mis recetas escritas en oficina de MedNova Primary Care. El personal de Mednova Primary Care se reserva el derecho de solicitar una prueba de identidad para recoger cualquier receta. Mi representante debe poder proporcionar una identificación con foto valida. Además, entiendo que cualquier persona que no esté en la lista NO podrá recoger mis recetas. Puedo cambiar esta autorización en cualquier momento, pero entiendo que los cambios DEBEN enviarse por escrito a MedNova Primary Care.

Nombre de la persona autorizada (letra legible)

Relación con el paciente

Firma

Nombre en letra de molde

Fecha

Directivas Anticipadas/ Testamento en Vida/Poder Legal/5 Deseos/ No Resucitar

Entiendo que tengo derecho a aceptar y rechazar el tratamiento médico y a ejercer mi derecho de implementar una directiva anticipada. Una directiva anticipada se refiere a cualquier documento legal que informe a los miembros de la familia y al personal médico sobre como desea ser tratado si está hospitalizado y no puede comunicar sus deseos. Marque las siguientes declaraciones que apliquen:

*Nos gustaría una copia para nuestros registros.

He preparado una Directiva Avanzada

No he preparado una Directiva Avanzada

Marque los que tiene y puede proporcionar copias a nuestra oficina:

Testamento en Vida Poder legal duradero 5 Deseos No resucitar (DNR)

Firma

Nombre en letra de molde

Fecha

Formulario de Responsabilidad del Paciente

1. El paciente es responsable de proporcionar a MedNova Primary Care la información más correcta, activa y actualizada sobre su seguro antes de cada visita.
2. MedNova Primary Care facturara al seguro más recientemente proporcionado por el paciente. Si la entrega de información proporcionada por el paciente es inexacta y el seguro niega el reclamo, el paciente será responsable del saldo de la visita. Tenga en cuenta que en alguna de las compañías de seguros hay plazos de presentación oportunos, por lo tanto, proporcionar información correcta al momento del servicio es fundamental. La presentación oportuna significa que el plan de seguro del paciente puede no pagar el reclamo después de un cierto periodo de tiempo después del servicio.
3. Los pacientes son responsables del pago de los copagos en el momento del servicio.
4. Los pacientes son responsables de pagar cualquier coaseguro, deducibles y todos los demás procedimientos o tratamientos que no estén cubiertos por su plan de seguro.
5. MedNova Primary Care no es responsable de saber que cubre o no cubre cada plan de seguro individual. Si el paciente tiene preguntas sobre su plan y que servicios están cubiertos, debe comunicarse con su seguro.
6. En caso de que el plan de salud de un paciente determine que un servicio es “no pagadero”, el paciente será responsable del cargo completo y aceptara pagar los costos de todos los servicios prestados.
7. Los pacientes tienen el derecho de consultar con su seguro acerca de la cobertura antes de recibir cualquier servicio proporcionado en MedNova Primary Care.
8. La póliza de seguro de salud del paciente es un contrato entre el paciente y su compañía de seguro de salud o empleador. Es responsabilidad del paciente saber si su seguro tiene reglas o regulaciones específicas, como la necesidad de referidos, precertificaciones, pre- autorizaciones y limites en los cargos ambulatorios, independientemente de si nuestros médicos participan.
9. El paciente es responsable de saber si nuestro medico está dentro de la red con su plan de seguro y si los servicios están cubiertos. Cualquier saldo aplicado a una tarifa fuera de la red será responsabilidad del paciente de pagar.
10. Si el paciente no tiene seguro, el paciente acepta pagar los servicios médicos que se le prestaron en el momento del servicio.
11. Medicare puede no cubrir algunos de los servicios que recomienda el médico del paciente. Se informará al paciente con anticipación y se le dará un Aviso Avanzado de Beneficiario (ABN) por sus siglas en ingles) para leer y firmar. El ABN ayudara al paciente a decidir si desea recibir servicios, sabiendo que puede ser responsable del pago. Los pacientes deben leer el ABN cuidadosamente.
12. El paciente acepta, que, a cambio de los servicios que le brinda MedNova Primary Care, pagara su cuenta en el momento en que se preste el servicio o al procesar el reclamo del seguro. Si es necesario un plan de pago, el paciente comprende que el acuerdo es solo para saldos vencidos, y que todos los copagos, coaseguros y/o deducibles futuros se deben al momento del servicio. Si la compañía de seguros o el plan de salud del paciente asignan copagos, coaseguros y/o deducibles, el paciente acuerda pagarlos al MedNova Primary Care.

Compresión de Trabajadores y Reclamaciones de Automóviles

MedNova Primary Care no acepta y/o procesa los reclamos de compensación de trabajadores o de auto.

He leído lo anterior y entiendo el contenido de este formulario. Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta y estoy satisfecho con mi conocimiento actual con respecto a las políticas de las responsabilidades de los pacientes de MedNova Primary Care.

Firma

Nombre en letra de molde

Fecha