



St. Vincent Health

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS. SI NO SON PERTINENTES, ESCRIBA "N/A" (NO APLICA).

DATOS DEL PACIENTE (IDX screen 1)

| Nombre del paciente (Apellido, nombre) | Sexo | Fecha de nacimiento | Número de Seguro Social |
|--|---|---|--------------------------------|
| Nombre que usa usualmente: | Masculino Femenino | | |
| Teléfono de la casa | Teléfono celular | Dirección (Calle y número, departamento, ciudad, estado) | Código postal |
| Estado civil (Trace un círculo en la opción que corresponde) Casado Soltero Divorciado Viudo | Etnia: | Raza: | Idioma principal: |
| Situación laboral (Trace un círculo en la opción que corresponde) Empleado Jubilado Otro | Nombre y dirección del patrón del paciente | Teléfono del trabajo | |
| DATOS SOBRE EL PROVEEDOR QUE DERIVA | | | |
| Médico, clínica o consultorio que lo envía a la consulta: | | Médico de cabecera: | |
| Acudí por recomendación de: <input type="checkbox"/> un amigo/familiar <input type="checkbox"/> el seguro <input type="checkbox"/> el Internet <input type="checkbox"/> el directorio telefónico <input type="checkbox"/> un anuncio comercial otro medio: | | | |
| Email (correo electrónico): | | | |
| CÓMO PREFIERE QUE NOS COMUNIQUEMOS CON USTED | | | |
| Doy mi autorización a St. Vincent Physician Network y a las partes que actúan a nombre de dicha entidad para que se comuniquen conmigo para los recordatorios de mis citas médicas. | | | |
| Deseo que se me comuniquen por: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Teléfono de la casa <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> No deseo recibir recordatorios para mis citas | | | |
| Immediate Care Center: ¿Cómo desea que nos comuniquemos con usted? (sírvase elegir las opciones que prefiere) <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Mensajes de texto <input type="checkbox"/> Teléfono de la casa <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Correo postal | | | |
| ¿Podemos dejar mensajes del médico/consultorio en su contestadora o buzón de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ (escriba sus iniciales) | | | |

GARANTE (IDX screen 2) Indique con una palomita en esta casilla si la información es igual a la que dio arriba.

| | | | |
|---|--|-----------------------------|--|
| Nombre de la persona responsable del pago (Apellido, Nombre) | Relación con el paciente (Trace un círculo en la opción que corresponde) Usted mismo Cónyuge Padre/Tutor Otra relación | | |
| Dirección (Calle y número, departamento, ciudad, estado) | Código postal | Teléfono de la casa: | |
| Número de Seguro Social | Fecha de nacimiento: | | |
| Sexo (Trace un círculo en la opción que corresponde) Masculino Femenino | Estado civil (Trace un círculo en la opción que corresponde) Casado Soltero Divorciado Viudo | | |
| Nombre y dirección del patrón | Teléfono del trabajo: | | |

Con quién debemos comunicarnos en caso de una emergencia (IDX screen 3)

| | |
|--|--|
| Nombre: | Relación con el paciente: Cónyuge Persona a su cargo Hijo Otra relación _____ |
| Teléfono de la casa | Teléfono del trabajo Teléfono celular |
| ¿Tenemos en nuestros archivos sus documentos de voluntades anticipadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

Apuntes adicionales para los registros (IDX screen 4)

| |
|---|
| (Por ejemplo: datos de la madre, del padre o del tutor legal de un menor si no se ha dado la información, información sobre el apoderado, o cualquier otra información que considere pertinente para nuestros registros.) |
|---|



St. Vincent Health

SEGURO MÉDICO (PRINCIPAL)

| | | |
|--|---|--|
| Compañía de seguros principal (Nombre y dirección) | Número de identificación | Número de grupo o de póliza (letras y números) |
| Nombre del asegurado (Persona en cuyo nombre esté escrita la póliza) | Relación con el paciente (Trace un círculo en la opción que corresponde) Usted mismo Cónyuge Padre/Tutor Otra relación _____ | |
| Fecha de nacimiento del asegurado | | |
| <i>Nombre que aparece en la tarjeta del seguro, si no es el mismo que da aquí:</i> | | |
| Nombre y dirección del patrón | Teléfono del trabajo | Número de Seguro Social del asegurado |

SEGURO MÉDICO (SECUNDARIO)

| | | |
|--|---|--|
| Compañía de seguros adicional (Nombre y dirección) | Número de identificación | Número de grupo o de póliza (letras y números) |
| Nombre del asegurado (Persona en cuyo nombre está escrita la póliza) | Relación con el paciente (Trace un círculo en la opción que corresponde) Usted mismo Cónyuge Padre/Tutor Otra relación _____ | |
| Fecha de nacimiento del asegurado | | |
| <i>Nombre que aparece en la tarjeta del seguro, si no es el mismo que da aquí:</i> | | |
| Nombre y dirección del patrón | Teléfono del trabajo | Número de Seguro Social del asegurado |

Consentimiento de pago y para el tratamiento

Con mi firma al pie del documento:

Garantizo por la presente que pagaré la factura en su totalidad dentro de los treinta (30) días de haberla recibido, salvo que haya hecho algún otro arreglo con St. Vincent Health. Los cargos serán los establecidos por St. Vincent Health para los servicios que me hayan prestado a mí o a la persona a mi cargo. Si la entidad a quien le corresponde pagar —ya sea el seguro u otro tercero— llegase a determinar que los cargos del hospital son mayores de lo que usualmente se cobra por dichos servicios, asumiré yo la obligación de pagar el excedente.

Entiendo y hago saber que si queda un saldo sin pagar y se le asigna a un tercero la tarea de cobrar la deuda, asumiré yo la obligación de pagar, entre otros, los honorarios del abogado, los intereses, los costos de los tribunales y la comisión de la agencia de cobros.

Autorizo a Medicare, a Medicaid y a cualquier pagador comercial para que, a nombre mío, le paguen a St. Vincent Health los servicios que el proveedor me haya brindado a mí o a la persona a mi cargo. Certifico que he leído este formulario de asignación de prestaciones, que la información que he dado es verídica, y que estoy de acuerdo con todo lo aquí previsto.

Entiendo que puedo solicitar ayuda de St. Vincent Health para pagar la cuenta si me encuentro en apuros económicos.

Los datos que suministré acerca del seguro están vigentes y son los correctos.



St. Vincent Health

Entiendo que si firmo este formulario y más adelante se descubre que la tarjeta del seguro no era válida o no estaba vigente, asumiré la obligación de pagar en su totalidad la factura por los servicios recibidos, y de cobrárselos al seguro por mi cuenta.

Por la presente doy mi consentimiento para que los proveedores de salud de St. Vincent me suministren tratamiento médico, también doy mi consentimiento para que divulguen la información médica que sea necesaria para procesar la factura y para cumplir con actividades de esta entidad en torno a la salud. Estoy conforme con que este consentimiento se considere válido para los efectos de todos los tratamientos médicos y sus pagos respectivos en el transcurso de doce (12) meses a partir de la fecha de la firma del consentimiento.

Pagaré el copago el mismo día que reciba cada servicio, tal como lo estipula mi póliza de seguro médico.

Firma del paciente, o del garante o tutor del paciente

Fecha

Acuse de recibo del aviso de las normas de privacidad:

_____ Hago saber que recibí el documento Notificación conjunta de las normas de privacidad de
(Iniciales del paciente) St. Vincent Physicians Network.

(Si el paciente no firmó, explique por qué no lo hizo y ponga sus iniciales/If patient did not sign, give reason and initial.) _____

Note to Office Personnel: *Make a new copy of insurance card every twelve (12) months or whenever insurance information changes. Always ask to see the card and verify the information on it. (Aviso para el personal de la oficina:* Haga copia de la tarjeta del seguro cada 12 meses o cuando haya algún cambio en el seguro. Pida ver la tarjeta del seguro cada vez y verifique la información.)