

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

Fecha de hoy _____

NOMBRE	APELLIDO	1° NOMBRE	INI. 2°	SEXO	F. DE NAC.	N° SEG. SOCIAL	ES HERMANO DEL PACIENTE TAMBIÉN	
--------	----------	-----------	---------	------	------------	----------------	---------------------------------	--

Del paciente	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
Hermano	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Sí	No
Hermano	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Sí	No
Hermano	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Sí	No
Hermano	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Sí	No
Hermano	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Sí	No

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono particular _____ Celular _____ Otro teléfono _____

Nombre **de la madre** _____ F. de Nac. _____ Celular _____

Dirección (si es diferente a la del paciente) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono particular (si es diferente al del paciente) _____ Empleador _____ Teléfono _____

Nombre **del padre** _____ F. de Nac. _____ Celular _____

Dirección (si es diferente a la del paciente) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono particular (si es diferente al del paciente) _____ Empleador _____ Teléfono _____

CO. DE SEGURO PRIMARIO _____ **CO. DE SEGURO SECUNDARIO** _____

Nombre del titular de la póliza _____ Nombre del titular de la póliza _____

N° de seguridad social _____ N° de seguridad social _____

*Empleador _____ *Empleador _____

Fecha de vigencia _____ N° de Póliza/ID _____ Fecha de vigencia _____ N° de Póliza/ID _____

¿Con quién podemos comunicarnos en Caso de emergencia? _____

Relación con el paciente _____ N° de teléfono _____

¿Cómo se enteró acerca de nosotros?

Internet Periódico Amigo/Familiar Guía telefónica Médico Línea SMMC 4DOC

Si fue por un médico, por favor indique el nombre _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR AL MENOR – AUTORIZACIÓN DE MADRE/PADRE/TUTOR

Autorizo a este médico de St. Mary’s Physician Network a brindar atención médica y tratamiento para:

NOMBRE DEL NIÑO _____ F. DE NAC. _____
 _____ F. DE NAC. _____
 _____ F. DE NAC. _____
 _____ F. DE NAC. _____
 _____ F. DE NAC. _____
 _____ F. DE NAC. _____

Comprendo que cuando mi hijo alcance la mayoría de edad, mi consentimiento para tratamiento ya no será necesario.

CONSENTIMIENTO ADICIONAL PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Como padre/madre/tutor legal del/los paciente(s) antes mencionado(s), doy mi permiso al consentimiento por vía telefónica y escrito a fin de brindar todo tratamiento médico que se considere necesario con motivo de una lesión, enfermedad o atención de rutina del niño (incluyendo el retiro de cualquier receta controlada) en mi ausencia a través de los siguientes cuidadores:

Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____
 Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____
 Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____
 Nombre del padre/madre/tutor _____ Relación _____

Firma _____ Fecha _____

***Comprendo que cualquier cuidador mencionado deberá presentar una identificación con fotografía en el consultorio a los fines de verificar su identidad.**

ACUERDO DE PAGO

Acepto pagar todos los aranceles o la parte que no es cubierta por mi seguro médico para mí mismo o para el paciente antes mencionado al momento de la prestación del servicio. Soy conciente de que también soy responsable por el pago total de los aranceles cuyo pago no haya efectuado mi seguro dentro de los treinta días de notificación por parte de esta oficina. Acepto ser responsable por cualquier arancel necesario para el cobro de los pagos en concepto de servicios que incluyen: honorarios de abogado y costas judiciales, aranceles de la agencia de cobranza, intereses previos y posteriores a la resolución a la tasa legal actual. Por el presente autorizo que se efectúe el pago del seguro directamente a St. Mary’s Physician Network.

DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Si es necesario el envío de cualquiera de mis registros médicos, incluyendo las notas de progreso y los resultados de laboratorio, a otro proveedor de atención médica por motivos médicos y para facilitar una oportuna atención de la salud, autorizo a St. Mary’s Physician Network a realizar dicho envío.

También autorizo la divulgación de mi información médica necesaria para procesar mi reclamo ante mi compañía de seguro, plan de indemnización por accidente, Seguridad social, Medicare o Medicaid o cualquier representante que actúe en su nombre.

Asimismo, autorizo la divulgación de mis registros médicos a cualquier persona u organización contratada por St. Mary’s Physician Network o mi tercero pagador (compañía de seguro) para realizar mejoras de calidad y/o supervisión de utilización. Autorizo que se utilice una copia de la presente autorización en lugar del original. Por el presente libero a St. Mary’s Physician Network de toda responsabilidad legal que pueda surgir a causa de la divulgación de dicha información.

Las recetas para el uso de anticonceptivos son emitidas por su profesional de atención médica en su capacidad limitada de práctica privada y no por St. Mary’s Medical Center.

He recibido un **Aviso de Prácticas de Privacidad, Aviso de Derechos y Deberes del Paciente** y un **Aviso de Política Financiera.**

Firma _____ Nombre en letra de imprenta _____ Fecha _____