

Formulario de inscripción

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente _____
Primer Segundo Apellido

Número de Seguro Social _____

Fecha de nacimiento _____

Sexo al nacer (masculino o femenino) _____

Dirección _____
Calle/Avenida Ciudad, Estado, Código Postal

Dirección de correo electrónico _____

Número de teléfono de domicilio _____

Número de teléfono celular _____

¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Último grado completado _____

Vivienda pública Sí No

Dirección de correo electrónico _____

Género (por favor solo marque una casilla)

Masculino

Femenino

Hombre transgénero (femenino a masculino)

Mujer transgénero (masculino a femenino)

Otro

Negarse a contestar

Empleador _____

Veterano Sí No

Estado civil Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Language Preferido _____

Nombre de la Farmacia _____

Método de Contacto Preferido

Portal electrónico (a través de mensajes seguros)

mensaje de voz correo electrónico text/SMS

Etnicidad Hispano No-Hispano Negarse a contestar

Raza Negro/Afroamericano Caucásico (blanco)

Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático

Nativo Americano de las Islas Pacíficas Nativo Hawaiano

Razas Múltiples Negarse a contestar

Orientación Sexual (por favor solo marque una casilla)

Heterosexual

Gay

Lesbiana

Bisexual

Otro

No lo sé

Negarse a contestar

País de Origen _____

PARA NIÑOS

Nombre de la Madre/Guardián _____

Número de Teléfono _____

Nombre del Padre/Guardián _____

Número de Teléfono _____

Niño(a) vive con Madre Padre Guardián

Apellido de soltera de la madre _____

Las personas mencionadas anteriormente pueden firmar el consentimiento para el tratamiento en nombre de mi hijo.

Firma del Paciente/Guardián

Firma del Representante Legal

Fecha

Formulario de inscripción

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

Por medio de la presente, doy permiso a la(s) persona(s) mencionada(s) a continuación para recibir información sobre la atención del paciente mencionado anteriormente.

Nombre _____

Relación con el paciente _____

Número de Teléfono _____

Nombre _____

Relación con el paciente _____

Número de Teléfono _____

Nombre _____

Relación con el paciente _____

Número de Teléfono _____

Nombre _____

Relación con el paciente _____

Número de Teléfono _____

***Las personas mencionadas anteriormente NO pueden firmar el consentimiento para el tratamiento en nombre de mi hijo(a).**

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia _____

Número de Teléfono _____

Relación con el paciente Espos(a) Hijo(a) Otro (por favor especifique) _____

INFORMACIÓN FINANCIERA/SEGURO

(por favor facilite su tarjeta de seguro médico al recepcionista)

Nombre de la persona responsable por la factura _____

Fecha de nacimiento _____

Número de Seguro Social _____

Número de Teléfono _____

Dirección _____

Calle/Avenida

Ciudad, Estado, Código Postal

Ingresos del hogar \$ _____

Yr. Mo. Wk. Bi-wkly

Número de Dependientes

espos(a)/niños menores de 18

Seguro Primario _____ Nombre del Asegurado _____ Número de Póliza _____

Seguro Secundario _____ Nombre del Asegurado _____ Número de Póliza _____

Relación del paciente con el asegurado

Usted Espos(a) Hijo(a) Otro (por favor especifique) _____

Complete a Continuación SOLO Para Seguro Privado

Nombre del Empleador

Número de Teléfono del Empleador

Grupo #

Formulario de inscripción

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO Y AVISO DE PRIVACIDAD

La información anterior es verdadera al alcance de mi conocimiento. Por la presente, doy mi consentimiento a Optimus Health Care y a sus proveedores médicos para cualquier evaluación médica y tratamientos necesarios.

Reconozco que he revisado Optimus Health Care

- Aviso de práctica de privacidad
- Política de incumplimiento de citas y,
- Declaración de derechos del paciente en el idioma de mi entendimiento

También entiendo que puedo solicitar otra copia en cualquier momento. Autorizo a Optimus Health Care, Inc. o compañía de seguros a revelar cualquier información requerida para procesar mis reclamos. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo adeudado, independiente del seguro o las adaptaciones de terceros.

Firma del Paciente/Guardián

Firma del Representante

Fecha



Derechos del Paciente

Todos los pacientes de Optimus Health Care, Inc. tienen derechos y responsabilidades mencionadas a continuación:

1. El paciente tiene derecho a información y confidencialidad sobre su condición médica y plan de tratamiento.
2. El paciente tiene derecho a información sobre los servicios y sistema de cobertura después de horas de oficina que ofrece Optimus Health Care, Inc.
3. El paciente tiene el derecho a información sobre proyectos de investigaciones que puedan incluirlo/la, y el derecho de negarse a participar en tal proyectos.
4. El paciente tiene el derecho a su expediente médico cuando lo solicite.
5. El paciente tiene el derecho a información sobre nuestro costo, cargos y póliza de reembolso de Optimus Health Care, Inc.
6. El paciente tiene derecho a recibir tratamiento ofrecido con consideración, respeto y privacidad.
7. El paciente tiene derecho de ser evaluado para el dolor y ser tratado o referido a un especialista.
8. El paciente tiene el derecho a una segunda opinión de otro médico de su preferencia.
9. El paciente tiene la derecha a presentar su queja, solicitando una resolución sobre su asunto. Tienen el derecho a pedir que se hagan cambios en procesos según afectan los servicios que se les provee. Tienen el derecho a comunicarse directamente con la junta de comisión por la cual estamos acreditados al www.jointcommission.org.

Formulario de inscripción

No Mostrar Política

Información para nuestros pacientes con respecto a Optimus Health Care, Inc. No mostrar política estimado paciente, por favor tenga en cuenta lo siguiente:

- Si usted pierde tres (3) citas dentro de un periodo de seis (6) meses usted será marcado como un “frecuente no show” paciente y solo se le permitirá programar una cita durante las horas de oficina designada.
- Esta póliza se aplica a los pacientes médicos, dentales, pediátricos, de salud conductual y de Ginecología.
- Todavía le proporcionaremos cuidado durante las horas designadas. Este es un esfuerzo para mejorar el acceso a la atención de todos los pacientes.
- Usted tiene el derecho de apelar la política de no show. El personal de la oficina puede guiarle en el proceso. Una decisión será tomada dentro de 30 días.

Sobre Nuestro Aviso de Practicas de Privacidad

Tenemos un compromiso de proteger la información referente a su salud personal, de acuerdo con la ley. El Aviso de Practicas de Privacidad adjunta estipula lo siguiente:

- Nuestras obligaciones legales relacionadas con la información de su salud personal
- Como podemos utilizar la información de su salud en nuestro poder
- Sus derechos relacionados a la información de su salud personal
- Nuestros derechos para cambiar el Aviso de Practicas de Privacidad
- Como presentar una queja si usted cree que su derecho a privacidad ha sido violado
- Las condiciones aplicables a los usos y divulgación no descritos en este Aviso.
- La persona a contactar para recibir más información sobre nuestras prácticas de privacidad.

Estamos obligados por ley a darle una copia de este Aviso y solicitar un reconocimiento por escrito que usted ha recibido una copia.