

Pacientes Nuevos: ¿Quién le dio la referencia a Promise?

Nombre: _____

Número de Teléfono: _____



Información del paciente

Apellido(s): _____ Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA): ____/____/____ Seguro Social: _____ Sexo: Femenino Masculino

Dirección: _____ Apt/Lot # _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Celular Casa

A quien podemos contactar en caso de emergencia o si no podemos comunicarnos con usted:

Nombre Completo: _____ Relación: _____

Número de Casa: _____ Número de Celular: _____

¿Cuál es el mejor tiempo para comunicarnos con usted? A cualquier hora Por la mañana Por la tarde Por la noche

Idioma preferido para su atención en Promise: Inglés (no necesito interprete) Español Otro: _____

Etnia del paciente:

No es Hispana/Latina
Hispana/Latina Mexicana o mexicana-americana
 cubana puertorriqueña
 Otra: _____

Grupo(s) racial(es):

Blanco Guamana o chamorra Japonesa
 Negro/Afroamericano Samoana Coreana
 Nativo Hawaiano Isleño del Pacifico Vietnamita
 Nativo Americano India asiática Otra asiática
 Indígena de Centroamérica China No lo sé/Rechazo
 Filipina especificar

Información de los padres o tutor

Nombre del Garante (¿quién pagara la cuenta?):

Relación con el paciente: Madre Padre Otro tutor

FdN (MM/DD/AA): FdN (MM/DD/AA) _____ Seguro Social: _____

Número de Teléfono (marque aquí si es igual al del paciente)

Dirección (marque aquí si es igual a la del paciente) Dirección (si es diferente): _____

Número de Teléfono Celular: _____

Número de Teléfono Casa: _____

Preferencia del contacto: Celular Casa

Email: _____

Otro padre/tutor:

Relación con el paciente: Madre Padre Otro tutor

FdN (MM/DD/AA): _____ Seguro Social: _____

Número de Teléfono (marque aquí si es igual al del paciente)

Dirección (marque aquí si es igual a la del paciente) Dirección (si es diferente): _____

Número de Teléfono Celular: _____

Número de Teléfono Casa: _____

Preferencia del contacto: Celular Casa

Email: _____

Información del Seguro Médico:

Tiene Seguro Primario? Sí No

Nombre del Seguro Médico: _____

Número de Grupo: _____

Número de Póliza: _____

Nombre: _____ FdN (MM/DD/AA): _____

Empleador: _____

Relación con el paciente: _____

Tiene Seguro Secundario? Sí No

Nombre del Seguro Médico: _____

Número de Grupo: _____

Número de Póliza: _____

Nombre: _____ FdN (MM/DD/AA): _____

Empleador: _____

Relación con el paciente: _____



¿Cuántas personas viven en su hogar?: _____ Ingreso bruto del hogar (Antes de impuestos): \$ _____ Mensual Anual
Programa de la Escala de Descuento: Todos los pacientes, con o sin seguro médico, son elegibles para solicitar y posiblemente recibir descuentos en su factura.
Se requiere una solicitud separada y una prueba de ingresos. Sí, estoy interesado en el programa de descuento

Formulario de autorización de HIPAA

Personas autorizadas para recibir información médica

Yo [paciente/tutor] estoy autorizando a la(s) persona o personas enumeradas a continuación para obtener información médica sobre el paciente. Entiendo que PCHC no es responsable por la información proporcionada cuando es recibida por la persona que he enumerado a continuación.

Nota:

Si el paciente es un niño menor de los 18 años de edad, los padres no necesitan ser listados

Si el paciente desea que su cónyuge o pareja tenga acceso, el cónyuge o la pareja necesita ser listado abajo

Nombre: _____

Nombre: _____

Relación con el paciente: _____

Relación con el paciente: _____

FdN (MM/DD/AA): _____ Teléfono: _____

FdN (MM/DD/AA): _____ Teléfono: _____

Autorización de HIPAA y para Divulgar Información: Yo autorizo a PCHC y sus afiliados, sus empleados y agentes a usar y divulgar información de salud protegida (por ejemplo, información relacionada con el diagnóstico, tratamiento, pago de reclamos y servicios de atención médica proporcionados o que se me proporcionarán y que identifiquen mi nombre, dirección, número de seguro social, número de identificación de miembro) con el fin de ayudarme a resolver problemas de reclamos y cobertura de beneficios de salud.

Entiendo que cualquier información de salud personal u otra información entregada a la persona u organización identificada anteriormente pueden estar sujeta a una nueva divulgación por parte de dicha persona/organización y puede que ya no esté protegida por las leyes federales y estatales de privacidad aplicables.

Entiendo que tengo el derecho de cancelar esta autorización mediante el envío de una notificación por escrito a Promise. Sin embargo, esta autorización no puede ser cancelada si los empleados o agentes ya han tomado acción con esta autorización antes de recibir mi notificación por escrito. También entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede ser divulgada por el recipiente y puede ya no ser protegida por la ley federal y estatal.

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negar firmar esta autorización. Mi negar de firmar no afectará mi elegibilidad de beneficios o inscripción o pago para o cobertura de servicios. Se me ha aconsejado sobre de las prácticas de esta Práctica de Privacidad, la póliza de Divulgación de Datos de Facturación, póliza de Asignación de beneficios, y conceder la práctica de la Autoridad del Historial de Medicamento. Entiendo que puedo solicitar una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Promise en cualquier momento.

Intercambio de información sobre la salud: Entiendo que Promise participa en el intercambio electrónico de información de salud con otros proveedores de atención médica a través de South Dakota Health Link. A menos que yo decida no participar, mi información médica electrónica será accesible a través del South Dakota Health Link a usuarios debidamente autorizados para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica solamente. Para optar por no participar o para obtener más información, puedo encontrar información en sdhealthlink.org o pedir ayuda al personal.

Responsabilidad Financiera: Mi firma a continuación indica que acepto la responsabilidad financiera de esta cuenta y por el pago de los servicios proporcionados a mí y a mi cónyuge y/o a mis dependientes.

Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y correcta según mi conocimiento.

Si es firmado por un representante legal:

Al firmar este formulario, declaro que soy representante legal del paciente identificado anteriormente y presentaré una prueba escrita (por ejemplo, poder notarial, testamento en vida, documentos de tutela, etc.) de que estoy legalmente autorizado para actuar en nombre del paciente con respecto a este formulario de autorización.

Firma del paciente o tutor (si el paciente es menor de edad): _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____