

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

Nombre:

Número de Teléfono:



Registro del paciente

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) : ____/____/____
Apellidos Nombres

Seguro Social.: _____ - _____ - _____ Sexo: Femenino Masculino

Dirección: _____ # de Apto/Lote: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Email: _____ Empleador/ Ciudad: _____

Número de Teléfono Primario: _____ Casa Celular

Número de Teléfono Secundario: _____ Casa Celular

Nombre del contacto secundario: _____ Relación con el paciente: _____

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

Nombre Completo: _____ 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: _____

Información Financiera:

¿Cuántas personas viven en su hogar?: _____

Ingreso Bruto del Hogar (Antes de Impuestos):

\$ _____ Mensual Anual

Prefiero no revelar

Programa de la Escala de Descuento

Todos los pacientes con o sin seguro médico son elegibles para solicitar y posiblemente recibir descuento en su factura.

Se requiere una solicitud separada y una prueba de ingresos.

Sí, estoy interesado en el programa de descuento

Persona Responsable por pagar la cuenta, marque aquí si es el paciente

Nombre: _____

DOB: _____ Seguro Social: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Relación con el paciente: _____

Información del Seguro:

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: _____

Etnia:

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

Raza(s):

- Blanca India asiática
 Negra China
 Nativa Hawaiana Filipina
 Nativo Americana Japonesa
 Indígena de Centroamérica Coreana
 Guamana o chamorra Vietnamita
 Samoana Otra asiática
 Isleña Pacífica No sé/elijo no contestar

Estado Civil:

- Soltero/a Casado/a
 Separado/a Divorciado/a
 Compañero/a de vida Viudo/a

Estatus Militar:

¿Ha servido en el Ejército o las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?
 Sí No



Formulario de autorización de HIPAA

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento (FdN): _____

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 de menos de 18 años de edad, los padres no necesitan ser listados

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

Nombre: _____ Nombre: _____

Relación: _____ Relación: _____

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. Reconozco que he recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad de Promise y entiendo que puedo solicitar una copia 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/tutor: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____