

Fecha de Finalización: _____ **Formulario Completado Por:** _____

Los Datos de filiación del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Medio: _____

Alias/Apodo: _____

La Seguridad Social #: _____ Sexo: ____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: ____

Permanente / Dirección Física (Obligatorio) - *Si PO Box se usa para el correo de la lista de direcciones por favor como confidencial*

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____ Comarca: _____

Dirección Temporal **Dirección Confidencial** (no obligatorio) Fecha de Inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____ Comarca: _____

Números de Teléfono de Contacto: Casa: _____ Trabajo: _____

Móvil / Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Información general

Intérprete necesita? Sí No hay Idioma Preferido: _____

Estado Civil: _____ Nombre del Cónyuge: _____ Religión: _____

Hispano / Latino la Etnicidad? Sí NO HAY País de Nacimiento: _____

Compruebe todas las categorías de raza el paciente se identifica a sí misma como:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Asian | <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico |
| <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano | <input type="checkbox"/> Rehusó Responder |

Médico de referencia

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

Ubicación: _____

Médico de Atención Primaria

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

Ubicación: _____

La fecha de inicio aproximada de cuidados: _____

Estado de Empleo (marque uno)

Empleados: Tiempo Completo Tiempo Parcial Trabajadores por cuenta propia Militares Activos

Ocupación: _____ Empleador: _____

Dirección: _____

Estudiante : Tiempo completo Tiempo Parcial

Jubilado: (Fecha) _____ Compañía: _____

Discapacitados: (Fecha) _____

Contactos de emergencia

Contacto #1 Nombre: _____ **Relación:** _____

Casa: _____ Trabajo: _____ Móvil / Celular: _____

Contacto #2 Nombre: _____ **Relación:** _____

Casa: _____ Trabajo: _____ Móvil / Celular: _____

Garante de la cuenta (obligatorio si el paciente es un menor).

Madre Padre Tutor Legal Otro _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Medio: _____

Alias/Apodo: _____

La Seguridad Social #: _____ Sexo: ____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección de facturación: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____ Comarca: _____

Información de Seguros

Seguro primario: _____

Nombre del Suscriptor: _____ Relación con Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SS# _____ Empleador: _____

Política Paciente #: _____ Abonado Directiva #: _____

Grupo # (si procede) _____

Seguro Secundario: _____

Nombre del Suscriptor: _____ Relación con Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SS# _____ Empleador: _____

Política Paciente #: _____ Abonado Directiva #: _____

Grupo # (si procede) _____

Patient Name: _____ Date of Birth: _____ Date: _____

ACUERDO FINANCIERO: Entiendo que soy responsable por los deducibles, copagos, los servicios, coseguro y artículos considerados "no es médicamente necesario" por mi compañía de seguros no cubiertos. Estoy de acuerdo en pagar los copagos y coseguros que se prestan los servicios. Entiendo que mi seguro es un contrato entre mi persona y mi compañía de seguros y la Universidad de Maryland Medical Community Group Inc. (en adelante UMCMG Inc.) se facturará mi seguro como una cortesía para mí. El saldo restante será atendido dentro de los 30 días de la notificación por parte de la compañía de seguros. Aunque, a mi compañía de seguros puede estimar lo que puede pagar, es la compañía de seguros que hace que la determinación final. Estoy de acuerdo en pagar cualquier porción de los gastos no cubiertos por el seguro. Si una referencia y autorización previa o están obligados por mi compañía de seguros, voy a ayudar a UMCMG Inc. en la obtención de la remisión y / o autorización previa. Si el pago no se puede hacer en cada visita, voy a notificar al personal de recepción para hacer otros arreglos. Yo entiendo que soy responsable último de cualquier saldo de mi cuenta. Certifico que la información proporcionada a UMCMG Inc. es exacta y actualizada. Información del seguro actual debe estar en el archivo en cada visita para las reclamaciones que se presenten adecuadamente. Si se proporciona nueva información sobre el seguro después de los servicios son prestados Puedo ser responsable de la balanza por cuenta. Si todos los intentos de recoger cantidades razonables debido fallan y esta cuenta se ha referido a una agencia de cobros para la acción, estoy de acuerdo en pagar todos los costos asociados con el proceso que permite la ley.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Por la presente asignar UMCMG Inc. dichas prestaciones a las que tienen derecho en virtud de mi plan (s) de seguros.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Por este medio permite UMCMG Inc. que proporcione información referente a mi tratamiento médico a mi compañía de seguros, representante de la remuneración del trabajador, abogado, u otros proveedores de servicio como sea necesario para obtener el pago por los servicios y brindar atención adicional.

Consentimiento para el Tratamiento: Por este medio permito UMCMG Inc. para examinar, tratar y realizar pruebas de diagnóstico y procedimientos de oficina que considere necesarias al médico.

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: UMCMG Inc. es requerido por ley a mantener la privacidad de la información de salud protegida de un paciente. Además, estamos obligados por ley a proporcionar a las personas con este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Usted debe notificarnos por escrito de cualquier restricción sobre la divulgación de su información de salud protegida. He leído y estoy de acuerdo con lo anterior. Mi firma abajo indica que también he recibido una copia de la Notificación UMCMG Inc. de prácticas de privacidad y he indicado ninguna restricción de mi información de salud protegida. Firmas escaneadas son suficientes como originales.

RECORDATORIOS DE CITAS: Si alguna información de contacto telefónico que he proporcionado es un número de teléfono móvil, me consiente expresamente a la colocación de las llamadas relacionadas con el cuidado de la salud por marcación automática o pregrabado a dicho número (s).

El abajo firmante certifica que él / ella ha leído lo anterior y es el paciente o el padre o tutor del paciente o está debidamente autorizado como agente del paciente para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos. Al firmar a continuación, declaro que la información dada por mí a UMCMG Inc. es exacta al mejor de mi conocimiento.

Paciente o Persona Responsable Firma

Fecha

Paciente / Responsable Nombre Partido

Relación con el paciente

Firma del testigo

Nombre del testigo

Patient Name: _____ Date of Birth: _____ Date: _____

Autorización para Divulgar Información de salud

Yo, _____, doy permiso para que la persona (s) siguiente para obtener información con respecto a la atención médica, hablar con el proveedor, y / o el personal y recoger cualquier información relacionada con el paciente que aparece arriba.

Nombre

Relación

Paciente o Persona Responsable Firma

Fecha

Paciente / Responsable Nombre Partido

Relación con el paciente

**Comunidad MU Medical Group
Reconocimiento de Auto-Pagar el Estado
La responsabilidad del Paciente**

Estimado Paciente,

Usted está siendo proporcionado esta carta de confirmación, porque usted ha solicitado que su médico visite hoy serán facturados como "auto-pago" y que recibe una "auto-pagar descuento." Un auto-pago del descuento es ofrecido a pacientes que optan por pagar por el servicio en su totalidad en la fecha de servicio y que no va a presentar la reclamación a una compañía de seguros. Se han solicitado que este servicio será facturado como auto-pagar porque (inicial):

_____ **Usted no tiene seguro de salud.**

_____ **Usted tiene seguro de salud pero no desea que su seguro facturado y en su lugar desea pagar de su bolsillo.**

_____ **Otros (por favor explique):** _____

Queremos que usted sepa qué esperar para que usted pueda tomar una decisión informada. Para lograr esto, mediante la firma de abajo, usted acepta las siguientes condiciones:

- Todas las tarifas para el auto-servicio de pago debe ser pagado en la fecha de servicio.
- La auto-pagar suma sólo cubre los servicios profesionales proporcionados por su médico. Usted es financieramente responsable de todos los servicios auxiliares, por ejemplo, laboratorio, rayos x u otros servicios a UMCMG no realizado por su médico. Usted recibirá una carta del departamento de facturación del Hospital UMMS para aquellos servicios no médicos.
- Por favor, deje que su médico o un miembro del personal saber si prefiere que su trabajo de laboratorio o radiografías hechas por un no-UMMS facility. Le indicaremos el papeleo que necesita para lograr esto.
****Por favor tenga en cuenta:** Si usted elige utilizar un no-instalación UMMS será su responsabilidad de obtener los resultados de su prueba y proporcionar los resultados a su médico.**
- Si tiene seguro médico u otros tipos de cobertura, los servicios recibidos hoy que están incluidos en la "auto-pay" descuento probablemente no será reembolsado por su portador, o aplicada a su deducible. Usted puede querer hablar sobre esto con su compañía de seguros antes de acordar el auto-pago de descuento.

Mediante mi firma a continuación, reconozco que he leído y entendido las anteriores y le han dado la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que soy el paciente, o el representante debidamente autorizado del paciente.

Paciente o Representante Firma _____ Fecha _____ Hora _____

Si firmado por alguien que no sea el paciente, por favor especifique la relación con el paciente: _____

Intérprete Firma _____ ID # _____ fecha _____ Hora _____

No FORMA PARTE DEL REGISTRO MÉDICO LEGAL