



Nombre

Enderesso

Número de Seguro Social: Sexo Fecha de nacimiento

Casa # Móvil # email:

Tutor/Padres:

Nombre del empleador: No empleado

Dirección del empleador Teléfono del trabajo

Nombre del contacto de

emergencia: Relación emergencia

Número de teléfono de emergencia

Nombre de la farmacia: Ciudad

Farmacia # Farmacia # Fax

Información del seguro

Compañía de seguros primaria

Grupo N. ° identificación Teléfono

Nombre del Titular de la póliza

Relación

Seguro secundario

Grupo N. ° identificación Teléfono

Nombre del Titular de la póliza

Relación

Medicare # Medicaid # SEQ#

¿A quién debemos agradecer su recomendación?



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO, CESIÓN Y AUTORIZACIÓN

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO:

Me presento voluntariamente a AllMed - Medical Group y doy mi consentimiento para el tratamiento del médico de turno y de quienquiera que pueda ser designado como su asistente, asociado, médico tratante y personal de atención al paciente para brindar mi atención. Dicha atención puede incluir, entre otros, procedimientos de diagnóstico, evaluaciones radiológicas y administración de medicamentos que se consideren aconsejables en mi diagnóstico, tratamiento, en el curso de mi atención. Reconozco que no se puede garantizar ni se ha hecho ninguna garantía con respecto a los resultados del tratamiento o los exámenes, y entiendo que todos los tratamientos médicos contienen riesgos inherentes.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO Y GARANTÍA DE PAGO:

En consideración al servicio prestado, por la presente cedo y transfiero a AllMed - Medical Group todos los derechos que tengo contra una compañía de seguros o terceros pagadores, por los pagos de cargos por los servicios proporcionados por AllMed - Medical Group a mí o a dos de mis dependientes. Autoricé que los pagos mencionados se aplicaran a cualquier saldo impago del cual soy responsable.

Entiendo que soy responsable y pagaré la parte de mi factura no cubierta por las compañías de seguros o terceros pagadores. Acepté pagar la cuenta en su totalidad al recibir mi estado de cuenta, a menos que se hagan arreglos de pago con AllMed - Medical Group, por adelantado. Es la póliza de AllMed - Medical Group, y se me informó, que los copagos y deducibles del seguro o el saldo de una factura propiedad de personas sin seguro vencen al momento del servicio.

CUMPLIMIENTO DEL GOBIERNO:

De conformidad con la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible recientemente promulgada y la ley Stark, AllMed - Medical Group debe informarme que existen otras opciones relacionadas con el diagnóstico de laboratorio y el servicio radiológico. Específicamente, debe tenerse en cuenta que AllMed - Medical Group, presentó información voluntaria para cualquier necesidad médica y que como parte de la evaluación de la afección y cualquier tratamiento requerido, el médico de turno puede determinar que se pueden requerir pruebas radiográficas y de diagnóstico de laboratorio en particular. Me enteré de que AllMed - Medical Group ofrece muchos de estos servicios en el lugar para comodidad de los pacientes.

Si algún paciente desea que sus exámenes / pruebas se realicen en otro lugar, AllMed - Medical Group le proporcionará un formulario de referencia. Entiendo que es mi responsabilidad



para buscar citas y solicitar que los resultados se envíen por correo electrónico / fax a AllMed - Medical Group.

DIVULGACIÓN Y USO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Autorizo la divulgación de cualquier expediente médico, información, tratamiento y consejo, e información de salud específica a:

1. Se requiere tratar a los médicos del personal de AllMed - Medical Group y su personal, agentes u otro centro de atención de la salud si se indica que se transfieran a otro centro, y a mi médico de atención primaria o cualquier consultor para la atención de seguimiento.
2. Un empleador. Esto puede incluir mi historial médico, exámenes físicos, de laboratorio y de diagnóstico, incluidos exámenes de detección de drogas.
3. Compañía de seguros o cualquier otro pagador y sus agentes, así como cualquier organización de revisión o agencia gubernamental para determinar la elegibilidad o los beneficios disponibles, obtener pagos por los servicios prestados y garantizar el cumplimiento del gobierno. Instituciones educativas o científicas.
4. Profesionales de la salud en formación, mejora de la calidad interna, gestión de riesgos y asesoría legal cuando se considere que mi atención médica, investigación médica, mejora de la calidad, educación o ciencia de la atención médica en curso se beneficiarán; para cualquier propósito.
5. Entiendo que si me rehúso a autorizar el acceso a mis registros médicos para la coordinación de la atención, mi tratamiento podría verse afectado negativamente y que podría ser responsable del costo total del servicio proporcionado por todo Med Medical Group.
6. Entiendo que esta información puede contener mi historial médico personal, físico y tratamientos. Además, cualquier resultado radiológico y de laboratorio, incluidos los resultados relacionados con el abuso de alcohol, la salud mental o enfermedades infecciosas, incluido el VIH o la hepatitis, en u otras enfermedades infecciosas. Entiendo que
7. Tengo derecho a revocar estas autorizaciones.

Nombre del paciente impreso:

Firma del paciente / padre / tutor:

Fecha



AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION TO YOUR FAMILY OR OTHER INDIVIDUALS:

De acuerdo con las reglas de privacidad del gobierno federal implementadas a través de la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico de 1966, para que su médico o el personal de AllMed - Medical Group proporcione copias o discuta su afección, exámenes / procedimientos de barra / radiografías con miembros de su familia u personas que designe además de su médico de atención primaria o especialista, debemos obtener autorización antes de hacerlo. En el caso de un episodio crítico o si no puede dar su autorización debido a la gravedad de su condición médica, la ley estipula que estas reglas pueden no aplicarse.

1) Autorizo a AllMed - Medical Group a divulgar cualquier información, incluidas copias de información verbal de radiografías y documentación médica relacionada con mi atención médica, a las siguientes personas:

Nombre Número de teléfono de la relación

Nombre Número de teléfono de la relación

2) Autorizo a AllMed - Medical Group a dejar un mensaje detallado en el número de teléfono / correo electrónico registrado.

NO AUTORIZO POR FAVOR INICIAL

1) No autorizo a nadie de AllMed Medical Group a divulgar información sobre mi atención a ninguna persona. _____

2) No autorizo a AllMed - Medical Group a dejar un mensaje detallado en ninguno de mis contestadores automáticos o mensajes de voz. _____

3) Reconozco que al elegir esta opción, como paciente, asumo la responsabilidad total de comunicarme con AllMed - Medical Group para obtener los resultados de las pruebas.

Nombre del paciente impreso:

Firma del paciente / padre / tutor:

Fecha



AUTORIZACIÓN PARA DISCUTIR INFORMACIÓN FINANCIERA: SÍ NO

Según las reglas de privacidad del gobierno federal implementadas a través de la ley de portabilidad del seguro médico de 1966, AllMed - Medical Group debe obtener su autorización para discutir información financiera con miembros de su familia u otras personas que usted designe.

que no sean la compañía de seguros o terceros pagadores y sus agentes. Autorizo a AllMed - Medical Group a discutir verbalmente la información financiera con:

Nombre Número de teléfono relación

Nombre Número de teléfono relación

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: SI NO

Certifico que asigno AllMed - Medical Group y / o beneficios quirúrgicos, incluidos los principales beneficios médicos a los que tengo derecho, incluidos Medicare, planes HMO y seguros comerciales a AllMed - Medical Group. Esta asignación permanecerá en vigor hasta que la provoque por escrito. Por la presente autorizo a los mencionados a divulgar información para asegurar el pago en mi nombre.

RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD DE HIPAA: SI NO

Acuso recibo del aviso de derechos de privacidad que detallamos información sobre cómo AllMed - Medical Group puede usar y divulgar mi información médica protegida. Entiendo que todo Med Medical Group se reserva el derecho de cambiar el aviso de privacidad y que se me pondrá a mi disposición una copia del aviso revisado.

AVISO DE PROXY DE ATENCIÓN MÉDICA

Acuso recibo del aviso de Poder para la atención médica. SI NO

Me niego a continuar con el formulario. SI NO

Me gustaría tener un formulario HCP archivado en AllMed Medical Group. SI NO

Nombre del paciente impreso:

Firma del paciente / padre / tutor:

Fecha