

Información para Nuevos Pacientes

FECHA ___/___/___

NOMBRE (NOMBRE, MI, APELLIDO) _____

FECHA DE NACIMIENTO ___/___/___ SEGURO SOCIAL # ___/___/___

CORREO ELECTRÓNICO _____

GÉNERO (por favor, encierre en un círculo) MASCULINO/FEMENINO

ESTADO CONJUGAL _____ EMPLOYER _____

OCUPACIÓN _____ ETNICIDAD _____ IDIOMA _____

ENVÍO ADDRESS _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO: HOME _____ CELL _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: _____

RELACIÓN: _____

TELÉFONO: (____)-____-_____

FARMACIA:

FARMACIA PRIMARIA _____ UBICACIÓN _____

TELÉFONO (____)-____-_____

PADRE O TUTOR LEGAL (solo llenar si el paciente es menor de edad):

PADRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

MADRE: _____ DATE DE NACIMIENTO: ___/___/___

OTROS: _____ RELATIONSHIP _____

SEGURO:

COMPAÑÍA DE SEGUROS ME GUSTARÍA QUE JONES FAMILY CARE FACTURARA POR MI VISITA:

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____

NOMBRE DE LA PERSONA A TRAVÉS DE LA CUAL SE REALIZA LA PÓLIZA:

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

¿HAY SEGURO SECUNDARIO? SÍ/NO (marca uno)

¿Tiene una directiva anticipada? SÍ / NO

Si no es así, ¿quieres información sobre cómo obtenerlo? SÍ / NO

Por favor, acepte cada una de las siguientes declaraciones poniendo sus iniciales:

_____I haber revisado su "Aviso de Clínica de Enfermería Registrada de Práctica Avanzada" y estar de acuerdo con los términos.

_____I haber revisado su Acuerdo de "Aviso de Asignación de Beneficios de Seguro" y estar de acuerdo con los términos.

_____I han revisado su "Política de privacidad del paciente/consultorio" y están de acuerdo con los términos.

_____I LE GUSTARÍA/NO (marque uno) use la comunicación por correo electrónico para recordatorios de citas y acceso al sitio web de Jones Family Care.

_____If, en cualquier momento, proporciono un número de teléfono móvil donde puedan ser contactados, doy mi consentimiento para recibir llamadas (incluidas llamadas de marcación automática y mensajes pregrabados) a ese número inalámbrico del {hospital, banco, colegio/universidad, etc.}, sus sucesores y cesionarios, y afiliados, agentes y contratistas independientes, incluidos administradores y agentes de cobranza, de cada uno de ellos con respecto al servicio prestado, o mis obligaciones financieras relacionadas.

_____I entiendo que es mi responsabilidad asegurarme de que cualquier referencia o servicio programado para mí fuera de esta clínica esté cubierto por mi seguro y esté en mi red de seguros. Esta no es la responsabilidad de Jones Family Care, APRN LLC. Entiendo que puedo localizar proveedores en mi red comunicándome con mi compañía de seguros.

He revisado y rubricado todas las declaraciones anteriores:

SIGNATURE _____ DATE ____/____/____

Consentimiento por correo electrónico de HIPAA

Cuando le enviamos un correo electrónico, o usted nos envía un correo electrónico, la información que se envía no está encriptada. Esto significa que la información puede ser accedida y leída por un tercero a medida que se transmite a través de Internet. Además, una vez que reciba el correo electrónico, es posible que alguien pueda acceder a su cuenta de correo electrónico y leerlo.

Las pautas de HIPAA establecen que si un paciente ha sido informado de los riesgos del correo electrónico no cifrado y da su consentimiento para recibir información de salud por correo electrónico, entonces una entidad de salud puede enviar al paciente o a alguien, designar verbalmente información de salud personal a través de correo electrónico no cifrado.

Entiendo el riesgo del correo electrónico no cifrado y, por la presente, doy permiso a Jones Family Care, APRN, LLC para enviarme a mí o a otros. Designo información de salud personal a través de correo electrónico no cifrado.

SIGNATURE _____ DATE ____/____/____

POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Esta declaración de Política Financiera debe ser leída y firmada por usted antes de cualquier tratamiento.

Todos los copagos, deducibles y coseguros vencen en el momento en que se prestan los servicios. Es su responsabilidad asegurarse de que tengamos su dirección de facturación y números de contacto correctos.

Si tiene un saldo vencido que se envía a una fuente externa para cobros, también agregaremos una tarifa de facturación recurrente de \$ 40.00.

Aceptamos efectivo, cheques, VISA o Mastercard.

En cuanto a los seguros:

El saldo de su cuenta sigue siendo su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no. No podemos facturar a su compañía de seguros a menos que usted nos proporcione la información de su seguro.

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. En algunos casos, si no le paga al proveedor su copago, deducible y coseguro, su compañía de seguros puede cancelar su cobertura.

Tenga en cuenta que algunos, y quizás todos, los servicios proporcionados por el proveedor pueden ser servicios no cubiertos y no se consideran razonables y necesarios según su seguro médico.

Debido a problemas recientes con la cobertura de seguro, debe informarnos si su seguro o su proveedor de atención primaria cambian. Si no nos notifica cualquier cambio, será responsable de todos los cargos incurridos.

Yo, _____, he leído la información anterior y estoy de acuerdo con los términos de la Política Financiera.

Firma: _____ Date: _____

DECLARACIÓN DE PRESCRIPCIÓN DE NARCÓTICOS

NO brindamos servicios de manejo del dolor crónico y NO repondremos medicamentos para el dolor crónico. NO recetamos productos que contengan hidrocodona o morfina como Lortab, Norco, Vicodin u Oxycodone. NO reabastecemos rutinariamente medicamentos monitoreados por la DEA. Algunos ejemplos son Xanax y Ambien. Si necesita este tipo de medicamento, se le derivará a un especialista en el manejo del dolor. Es posible que tenga que esperar la referencia y la cita.

Farmacia: _____ **Teléfono del paciente:** _____

Nombre legal: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Fecha de visita: _____ **SEGURO DE MEDICO:** (POR FAVOR, ENCIERRE EN UN
CÍRCULO) AARP/ MEDICARE/UHC/BCBS/AETNA/SONERCARE-PCP: S/N – PAGO POR
CUENTAPROPIA/OTROS _____

Motivo de la visita: _____

ROOM 1 2 3 1N 2N 3N

Patient ID: _____

TRIAGE

Drug allergies _____

Height/Length _____ **Flu Vaccine: Yes or No** _____

Weight _____

Temp _____

Pulse _____

BP _____

Breathing _____

Pulse oximeter _____

HISTORIA:

Historial Médico/Diagnóstico _____

Medicamentos diarios _____

Historia Quirúrgica _____

Antecedentes familiares _____

Tabaco: Sí o no _____

Alcohol: Sí o no _____

Drogas ilícitas: sí o no _____

Female: Male:

- Pneumovax - Pneumovax

- Zostavax - Zostavax

- Influenza, Tdap - Influenza, Tdap

- Colonoscopy - Colonoscopy

- Mammography - PSA

- DEXA - Wellness Brochure

- WWE - Hepatitis C

- Wellness Brochure - Low-Dose CT (Smoker)

- Hepatitis C - Chest X-ray

- Chest X-ray - Eye exam

- Low-dose CT scan (SMOKER)

ORDER

REFERRAL

PRESCRIPTION