



Heart Consultants, LLC

REGISTRACION/ CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO
(EN LETRA DE MOLDE)

FECHA: _____ DOCTOR DE CABEZERA/ PRIMARIO: _____

INFORMACION DEL PACIENTE

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ SEGUNDO NOMBRE: _____ SR. SRA. SEÑORITA ESTATUS MATRIMONIAL: SOLETRO (A) CASADO (A) DIV SEP VIUDO (A)

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: ____ SEXO: M F ESTE ES SU NOMBRE LEGAL? SI NO SI NO, CUAL ES SU NOMBRE LEGAL? _____ (NOMBRE FORMAL) _____

SOCIAL SECURITY: ____-____-____ TELEFONO: (____)-____-____ NUMERO DE CELL: (____)-____-____

DIRECCION: _____ P.O BOX: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

OCCUPACION: _____ EMPLEADOR: _____ TELEFONO DEL TRABAJO:(____)-____-____

Escoji esta clinica/La persona que me refirio a esta clinica (porfavor escoja una opcion): Dr. _____ Seguro Medico _____ Hospital _____

Familia Amistades Cercas del trabajo/ hogar Paginas Amarillas Otro

Algun otro familiar que viene a nuestra clinica?

Doctor de cabeza: _____ TELEFONO: (____)-____-____

Doctor quien lo refirio: _____ TELEFONO: (____)-____-____

Pharmacia: _____ TELEFONO: (____)-____-____

Esposo (a) Apellido: _____ Nombre: _____ TELEFONO: (____)-____-____

Numero de Social: _____ TELEFONO: (____)-____-____

Empleador: _____ TELEFONO: (____)-____-____

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

Porfavor entregue su identificacion y targeta de seguro a la recepcionista. Debe de notificarnos si esta visita es en relacion a un accidente de carro o trabajo.

Persona responsable por la cuenta: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ Direccion (si es diferente): _____ TELEFONO: (____)-____-____

Es la persona repsonsable por la cuanta, nuestro paciente? SI NO

Occupacion: _____ Empleador: _____ Direccion del empleado: _____ TELEFONO: (____)-____-____

Tiene seguro medico este paciente? Si No

PORFAVOR INDIQUE EL NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO: _____

Nombre del Abonado: _____ Numero De social del abonado: ____-____-____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Numero de grupo (GROUP): # _____ Numero de Poliza: # _____ Co-pago: \$ _____

Relacion del paciente con el abonado: Dueño Esposo (a) Hijo Otro _____

Nombre de seguro secundario (si aplica): _____ Numero De social del abonado: ____-____-____ Numero de grupo # _____ Numero de Poliza: # _____

Relacion del paciente con el abonado:	<input type="checkbox"/> Dueño	<input type="checkbox"/> Esposo (a)	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro_____
---------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de amistad o familiar(que no vive en la misma direccion)_____	Relacion con el paciente: _____	TELEFONO: (____)-____-____	Numero del trabajo.: (____)-____-____
--	------------------------------------	-------------------------------	--

AUTORIZACION , CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DESCARGA DE

INFORMACION MEDICA: TODO SERVICIO PROFESIONAL DADO ES CARGADO AL PACIENTE; DOCUMENTOS NECESSARIOS SERAN COMPLETADOS PARA ACELERAR EL PROCESO DE PAGO DE PARTE DEL SEGURO MEDICO. EL PACIENTE ES RESPONSIBLE POR TODO LOS CARGOS INDEPENDIENTEMENTE DE COBERTURA DEL SEGURO MEDICO. TODO SERVICIO PROVISTO A USTED COMO EL PACIENTE DE **HEART CONSULTANTS**, ES PAGADERO AL MOMENTO DEL SERVICIO Y ES LA RESPONSABILIDAD UNICA DE USTED "EL PACIENTE" Y/O GARANTE DE "SUS HIJOS". YO AQUI AUTORIZO **HEART CONSULTANTS** , PROVEER A SEGURO MEDICOS O SUS REPRESENTANTES INFORMACION RELATIVA A MI (MIS DEPENDES) ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS Y AQUI Y ENTONCES ASIGNO **HEART CONSULTANTS** TODO PAGO POR SERVICIOS MEDICOS HECHOS PARA MI Y/ O MIS DEPENDIENTES. YO ENTIENDO DE QUE SOY RESPONSIBLE POR CUALQUIERE CANTIDAD NO CUBIERTA POR MI SEGURO. AUTORIZO Y DESPEGO AL PROVEDOR Y SEA QUIEN SEA EL/ELLA QUE DESIGNE COMO SU ASSISTENTE PARA ADMINISTRAR TRATAMIENTO, EXAMEN FISICO, ESTUDIOS DE RAYA X, PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO, CUIDADO MEDICO O CUALQUIERE SERVICIO CLINICO QUE EL/ELLA PIENSE QUE ES NECESSARIO EN MI CASO., Y ADEMAS AUTORIZO QUE EL/ELLA DIVULGUE TODO O PARTE DE MI (PACIENTE) RECORD A CUALQUIERE PERSONA O CORPORACION QUE SEA O PUEDE SER RESPONSIBABLE DEBAJO CONTRATO A LA CLINICA O AL PACIENTE , FAMILIAR O EMPLEADOR DEL PACIENTE POR TODO O PARTE DEL CARGO DE LA CLINICA; INCLUYENDO Y NO LIMITADO A HOSPITALES O COMPANIAS DE SERVICIOS MEDICOS, COMPANIAS DE SEGURO, COMPANIAS DE COMPENSACION DE TRABAJO, FONDOS DE WELFARE O EL EMPLEADO DEL PACIENTE.

CONSENTIMIENTO DE INFORMACION DEL PACIENTE :

YO ENTIENDO QUE **HEART CONSULTANTS** PUEDE NECESITAR USAR Y DIVULGAR INFORMACION SOBRE MI SALUD O PROBLEMAS MEDICAS POR EL PROPOSITO DE ARREGLAR, CONDUCIR O REFERIR MI TRATAMIENTO; PARA OBTENER PAGO PARA SERVICIOS, Y PARA EL PROPOSITO DE OPERAR LA PRACTICA. YO CONSEINTO AL USO DE MI INFORMACION PARA EL PROPOSITO DE TRATAMIENTO, PAGO AND Y OPERACIONES DEL CUIDADO MEDICO.

YO ENTIENDO QUE MI CONSENTIMIENTO NO ES NECESSARIO SI LA LEY REQUIERE QUE **HEART CONSULTANTS** REPORTE ALGUNOS ASPECTOS DE MI INFORMACION DE SALUDO PROTEJIDA A UNA AGENCIA DE GOBIERNO (COMO EJEMPLO: SUSPECHA DE ABUSO, ENFERMEDADES COMMUNICABLES Y POTENCIA DE HERIDAS A MI O A OTROS SUJETOS).

YO ENTIENDO QUE YO TENGO EL DERECHO DE REVISAR **HEART CONSULTANTS** NOTIFICACION DE PRIVACIDAD, DE PEDIR RESTRICCIONES AL USO DE MI INFORMACION, Y DE QUITAR MI CONSENTIMIENTO A CUALQUIERE FECHA DADA EN EL FUTURO .

YO ENTIENDO QUE SI NO DOY CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE MI INFORMACION PARA EL PROPOSITO DE TRATAMIENTO, PAGO O OPERACIONES, **HEART CONSULTANTS** PUEDE RECHASAR EN DARME CUIDADO MEDICO.

YO, EL FIRMANTE, CONSIENTO AL LOS TRATAMIENTOS SIGUIENTES: ADMINISTRACION Y PERFORMANCE DE TODO TRATAMIENTOS, ADMINISTRACION DE CUALQUIERE ANASTETICO NECESARIO, PERFORMANCE DE PROCEDIMIENTOS QUE SEAN NECESARIOS O AVISADO EN EL TRATAMIENTO DE ESTE PACIENTE, USO DE MEDICAMENTO RECETADO, PROEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS,/ EXAMENES. CULTURAS, BIOPSIAS Y OPERACIONES, PERFORMANCE DE OTROS LABORATORIOSACEPTADOS QUE SEAN MEDICAMENTE NECESARIOS EN EL JUICIO DEL DOCTOR O DE SUS DESIGNANTES. YO COMPRENDO EN TOTAL QUE ESTO ES DADO CON TIEMPO ANTES DEL DIAGNOSTICO ESPECIFICADO O TRATAMIENTO. YO INTENDO QUE ESTE CONSENTIMIENTO CONTINUE EN NATURALEZAA HASTA DESPUES DEL DIAGNOSTICO SEA HECHO Y TRATAMIENTO SEA RECOMMENDADO. EL CONSENTIMIENTO SE MANTENERA IN PODER COMPLETO HASTA QUE SEA REVOCADO POR ESCRITO. YO ENTIENDO QUE **HEART CONSULTANTS** PUEDE INCLUIR CONSENTIMIENTO A OFICINAS SATELITES DEBAJO EL MISMO DUEÑO.

PACIENTES DE MEDICARE: YO AUTORIZO QUE MI INFORMACION MEDICA SOBRE MI SEA DADO AL ADMISNITRACION DEL SEGURO SOCIAL O SUS INTERMEDIADOS PARA LOS CLAMOS DE MEDICARE. YO ASIGNO QUE LOS BENEFICIOS PAGADOS SEAN DADOS A **HEART CONSULTANTS** POR TODO LOS SERVICIOS.

RECONICIMIENTO DE HIPPA: YO E RECIBIDO Y LEIDO **HEART CONSULTANTS** NOTIFICACION EN PRACTICAS DE PRIVACIDAD. EN MI AUSENCIA O POR EL BENEFICIO DE ACOGER CONSEJOS MEDICA DE MI PARTE, YO AUTORIZO QUE LA SEGUIENTE PERSONA RECIBA INFORMACION DE SALUD DEL PACIENTE POR MI O CONMIGO _____

(PORFAVOR LISTA LOS REPRESENTANTES AUTORIZADAS OR MARQUE N/A)

YO CERTIFICO QUE E LEIDO Y E COMPRENDIDO EN TOTALIDAD LAS DECLARACIONES Y CONSIENTO COMPLETAMENTE Y VOLUNTARIAMENTE A SU CONTENIDO. TAMBIEN QUE TODA LA INFORMACION DADO ES CIERTAO Y CORRECTAO A MI CONOCIMIENTO.

Paciente/Guardian Firma

FECHA