

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE (eCW)

INFORMACION DEL PACIENTE

(POR FAVOR IMPRIMA)

Dr. Miss. Sr. Sra. Srta. Srto.

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: ___ Nombre Previo: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado ___ Codigo Postal: _____

Telefono de casa: _____ Celular: _____ Telefono de trabajo: _____ Ext: _____

Proveedor de atencion primaria (PCP): _____ Provedor de referencia: _____

Nombre del proveedor de representacion (esta practica): _____ Correo electronico: _____

Fecha de nacimiento: Mes ___/ Dia/ ___ Año/ _____ Sexo : Femenino Masculino Transgenero

Raza: Indio Americano O Alaska Nativo Asiatico Nativo Hawaiano O otro Isleno Pacifico

Negro O Afroamericano Blanca Rechazado

Etnicidad: Hispano O Latino No Hispano O Latino Rechazado

Idioma preferido : Ingles Espanol Otro _____

Estado civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a Legal Separado En pareja

Numero del Seguro Social: _____ - _____ - _____ Nombre del empleador: _____

Estatus de Empleado: Tiempo Completo Tiempo Parcial No Empleado Retirado
Trabajador por cuenta propia Retirado Militar Activo

Estatus de estudiante: Tiempo Completo Tiempo Parcial No estudiante

Contacto de emergencia: Apellido _____ Primer Nombre: _____

Numero de telefono: _____ Tiene un testamento en vida? Si No

Relacion de contacto de Emergencia con el paciente: _____ Guardian

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado ___ Codigo Postal _____

Telefono de casa: _____ Telefono de trabajo: _____ Ext. _____

Proveedor de referencia: _____

Persona responsable por la cuenta: Otro paciente Garante Yo Inf. mismo que el paciente

Persona responsable (Apellido): _____ Primer Nombre: _____ Inicial _____

Relacion con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: Mes ___/Dia/___ Año/ _____

Numero del Seguro Social: _____ - _____ - _____ Telefono : _____

Correo electronico: _____ Sexo: Femenino Masculino

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal: _____

Nombre del empleador: _____ Número de teléfono: _____

Seguro Primario (proporcionar su seguro a la recepción momento del check-in)

Compañía de seguros/ Número de teléfono: _____ Nombre del asegurado: _____

Relación con el paciente: _____ Número de póliza: _____

Número de grupo: _____ Copago: _____ Fecha efectiva: _____ Fecha de terminación: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Secundario (proporcionar su seguro a la recepción momento del check-in)

Compañía de seguros/ Número de teléfono: _____ Nombre del asegurado: _____

Relación con el paciente: _____ Número de póliza: _____

Número de grupo: _____ Copago: _____ Fecha efectiva: _____ Fecha de terminación: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Yo acuerdo la información suplida en este formulario es preciso a hoy segun mi mejor entendimiento.

Paciente (Persona Responsable) Firma: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:

Yo consiento para servicios, tratamientos, y procedimientos de diagnostico incluyendo, pero no limitado a, medicamentos, prueba de laboratorio, y otros estudios, que pueden ser ordenados por mi medico, y consultantes seleccionados por mi medico en Bossier Family Medicine, LLC. Yo tengo el derecho de preguntar y recibir informacion sobre algun servicio que yo pueda recibir.

INYECCIONES:

Yo entiendo si yo recibo algun medicamento por inyeccion hay riesgos asociados. Estos riesgos incluyen dolor, cicatrices, sangria, infeccion, y posible hoyuelo de la piel. Firmando, yo estoy declarando estos riesgos y consentimiento para el tratamiento en este asunto. Yo tambien entiendo no todas las companias de seguro pagan por medicamentos inyectables como tratamiento. En caso de que mi seguro no pague, esteroides, antibioticos, medicamentos para las nauseas, o algun otro medicamento, se me facturara en su totalidad.

POLITICA FINANCIERA:

Es nuestra politica financiera exigir el pago de todos los cargos al momento del servicio. Como una cortesia para usted, presentamos la factura con la mayoria de las companias de seguros siempre y cuando nos hayas proporcionado con todos los numeros de politica, direccion, tu lugar de empleo, y otra informacion pertinente. Firmando este consentimiento, usted asigna todo los derechos, titulo, y interes. Usted autoriza pago directo a Bossier Family Medicine, LLC de cualquier beneficio de seguros o beneficio bajo la Administracion de la Seguridad Social. Usted es responsable por todos los deductibles y cargos no cubiertos por su seguro en el momento de visita o servicio.

DIVULGACION DE INFORMACION:

Yo reconozco, que en la medida necesaria, para determinar la responsabilidad de pago o para obtener un reembolso, Bossier Family Medicine puede revelar mis registros a cualquier persona Administracion de la Seguridad Social, seguro o pagador de beneficios, cuidados de salud, compensacion a los trabajadores, que es o puede ser, responsable de todos o cualquier de los cargos. Tambien doy mi permiso para ambos personal y infomacion medica divulgada a otros medicos tratantes, proveedores de servicio de salud, y comites de auditoria con el proposito de mejorar calidad y estados aplicables y agencias federales.

Paciente/Persona Responsable

Fecha

BOSSIER FAMILY MEDICINE
SOLICITUD DEL PORTAL DEL PACIENTE

Solicitud del portal del paciente es acceso en linea a una porcion de tu "expediente" en nuestra officina. Debido a problemas de privacidad una vez completado le pedimos que regrese el formulario en persona. Nosotros necesitaremos una copia de su ID para verificar que usted es la persona solicitando esta informacion. Usted debera completar un formulario para cada paciente que solicite el portal del paciente.

Nombre del paciente: _____

(si el paciente es menor de 18 anos de edad pariente/guardian debe estar en la lista y una copia de su ID se obtrenda)

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Paciente/Guardian: _____

Direccion de correo electronico: _____

(Por favor imprima y use la mayuscula/miniscula adecuada cuando se necesite- aqui es donde se enviaran las respuestas a su solicitud)

Numero de telefono: _____

(Esto es necesario en caso de que su correo electronico no pase)

Gusta un nombre personalizado?

(Nombre personalizado tipico es primer nombre apellido y ano de nacimiento)

SI NO _____

Nombre requerido

Firmando este formulario, Yo autorizo Bossier Family Medicine a crearme portal del paciente nombre de usuario y contrasena. Yo entiendo que esta informacion va hacer enviada ami entre 2 dias en mi correo electronico que e proporcionado.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

Cita perdida & Politica de cancelacion

Nuestra oficina requiere avance cuando cancela su cita. Si usted necesita re-programar su cita, por favor denos un aviso de un dia habil.

Por favor lea la politica y firme donde se indica:

- Si usted necesita reprogramar o cancelar su cita, porfavor denos un aviso de un dia habil para evitar una recarga.
- Si usted no llega a su cita y no da aviso un dia habil, usted puede tener un recargo por cita perdida.
- El cargo por una cita perdida es de \$25.00. Esto no es cubierto por su plan de seguro/aseguranza y sera su responsabilidad de pagar.

Paciente- Nombre

Relacion con el paciente

Firma (Paciente/Guardian legal)

Fecha