

# FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_  
Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Sexo M F Raza/grupo étnico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Idioma \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Seguro social n.º \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Edad del paciente \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Depto. n.º \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Números de teléfono: Particular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Trabajo/celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Estado laboral: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Exclusivamente para fines que pueden incluir una encuesta del paciente, boletín informativo del paciente o alertas médicas como retiradas de medicamentos.

Médico que derivó \_\_\_\_\_ Médico de atención primaria \_\_\_\_\_

Farmacia \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros?  Prestador que derivó  Familiares/amigos  Sitio web  
 Redes sociales  Healthgrades.com  Vitals.com  Yelp.com  
 Página de Google Places  D Magazine  Otro \_\_\_\_\_

## EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_

Número primario: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número secundario: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

Al momento del servicio, debe presentar las tarjetas de seguro o una prueba de seguro.

**Seguro primario:** \_\_\_\_\_ Póliza n.º \_\_\_\_\_

**\*\*Completar la siguiente información si el paciente no es el titular de la póliza \*\***

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Seguro secundario:** \_\_\_\_\_ Póliza n.º \_\_\_\_\_

**\*\*Completar la siguiente información si el paciente no es el titular de la póliza \*\***

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## ACUERDO FINANCIERO

---

### **PACIENTES CON SEGURO**

#### **Cesión y autorización de beneficios**

Por el presente, cedo todos los beneficios médicos o quirúrgicos a los que tengo derecho, incluso Medicare, el seguro privado y otros planes, a North Texas Dialysis Access Clinic. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, los copagos, los coseguros y los deducibles. Autorizo la divulgación de partes de la historia clínica en la medida necesaria para determinar la obligación de pago y obtener el reembolso. Autorizo las reclamaciones presentadas al seguro y los beneficios cedidos.

---

Firma

---

Fecha

### **PAGO PRIVADO O PACIENTES SIN SEGURO**

#### **Reconocimiento financiero**

Se espera que los pacientes sin cobertura de un seguro paguen los cargos totales al momento del servicio. Acepto que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos durante el tiempo de servicio.

---

Firma

---

Fecha

## CONSENTIMIENTOS Y COMUNICADOS ADICIONALES

### Reconocimiento de revisión de aviso de prácticas de privacidad

\_\_\_\_\_ **Iniciales** Reconozco que recibí el Aviso de prácticas de privacidad del consultorio, que describe las formas en las que el consultorio puede usar y divulgar mi información de atención médica para sus operaciones de tratamiento, pago, atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos. Entiendo que puedo comunicarme con el oficial de privacidad designado en el aviso si tengo alguna pregunta o queja. Con el alcance permitido por la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de prácticas de privacidad del consultorio.

### Consentimiento para correo electrónico y otros comunicados de atención médica

Los pacientes en nuestro consultorio pueden ser contactados por correo electrónico para acceder al portal de pacientes, recordarles un turno, obtener comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica y brindar un recordatorio/información médica general. Si, en algún momento, brindo un correo electrónico para que me contacten, presto mi consentimiento para recibir recordatorios de turnos y otros comunicados o información de atención médica en esa dirección de correo electrónico o de texto por parte del Consultorio.

Escriba sus iniciales en UNA de las opciones a continuación:

\_\_\_\_\_ **Iniciales** Presto mi consentimiento para recibir comunicados por correo electrónico conforme se detalla arriba. Entiendo que esta solicitud para recibir correos electrónicos se aplicará a todos los comunicados del portal de pacientes, recordatorios de turnos futuros, opiniones e información médica, salvo que solicite un cambio por escrito.

O

\_\_\_\_\_ **Iniciales** **NO** presto mi consentimiento para recibir comunicados por correo electrónico conforme se detalla arriba.

**Marque todas las opciones que correspondan a continuación.**

- Doy permiso para dejar un mensaje en mi buzón de correo de voz sobre mi información médica personal.
- No doy mi permiso para dejar un mensaje en mi buzón de correo de voz sobre mi información médica personal.

### Consentimiento general para atención médica y tratamiento

**Iniciales** Este consentimiento nos otorga su permiso para realizar los exámenes médicos, las pruebas y el tratamiento razonables y necesarios. Tiene el derecho a analizar el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que se ordene para usted. Si tiene alguna inquietud sobre alguna prueba o un tratamiento que haya ordenado su proveedor de atención médica, le recomendamos hacer preguntas.

Voluntariamente solicito que un médico o un proveedor de nivel medio (enfermero practicante, asistente del médico o especialista en enfermería clínica) y otros proveedores de atención médica o las personas designadas, según sea necesario, de North Texas Dialysis Access Clinic realicen el examen médico, las pruebas y el tratamiento razonables y necesarios para la afección por la que busqué atención médica en Pediatric Neurosurgical Specialists. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de realizar las pruebas o los procedimientos.

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta del testigo del consultorio

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad del representante

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo del consultorio