

Forma de Registro

GENERAL INFORMATION/ INFORMACION GENERAL**DATE/ Fecha (mm/dd/yyyy)** **Patient's Name:** **Age**

Nombre de paciente Last/Apellido First/ Primero SI

D.O.B/ Fecha de Nacimiento

Edad

Address: **Dirrección: (Street, apt. #)****Phone #/ Numero de telefono****City:** **State:** **Zip Code:** **SSN:** Sex: M F

Ciudad

Estado

Codigo postal

Emergency Contact:

Contacto de emergencia

Relationship to patient/Relacion del paciente

Phone #/ Numero de telefono

Name of Insurance: **Member ID/ Group ID:**

Nombre de seguridad

Identificacion de miembro/ Identificacion de grupo

Preferred Pharmacy: **E-mail:**

Pharmacia preferida:

Correo electronico

Parent or Legal Guardian: I hereby authorize Maya Healthcare Clinic and/ or agents to use my general information (address, phone (text messages), and email) to contact me to facilitate anything related to my medical care.**Paciente o Tutor:** Autorizo el uso de mi informacion general (direccion, telefono (mensajes de texto), y correo electronico) para ser contactado por Maya Healthcare Clinic y/o agentes para facilitar el seguimiento de mi cuidado medico.**PERSONAL RESPONSIBLE FOR PAYMENT/ PERSONA RESPONSIBLE DE PAGO****Relationship to patient/ Relacion a Paciente** Mother/ Madre Father/ Padre Father/ Padre

Last Name

First and Middle Name

Apellido

Primer y Segundo Nombre

SSN: M F**Age**

Edad

D.O.B/ Fecha de Nacimiento

Address: **Employment/Trabajo:** **Dirrección: (Street, apt. #)****City:** **State:** **Zip Code:**

Ciudad

Estado

Codigo postal

Work phone/ Numero de telefono de trabajo

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION AND ASSIGNMENT OF BENEFITS

I request that payment of authorized insurance benefits from any applicable insurance carrier be made on my behalf to Maya Healthcare Clinic for any services furnished me by that provider. I authorized medical information needed to determine these benefits or the benefits payable for the related services to be released to the insurance company and its agents. I understand that even though I have some type of insurance coverage, I am responsible for the payment of services. Please note: It is the policy of this office that any parent who requests treatment for the child is responsible for the payment of all subsequent fees.

Solicito que el pago de las presentaciones de seguros autorizadas de cualquier compania de seguro aplicables se hagan en mi nombre a Maya Healthcare Clinic para todos los servicios prestados por mi a ese proveedor. Yo autorizo la informacion medica necesaria para determinar estos beneficios o, los beneficios pagaderos por los servicios relacionados sean entregados a la compania de seguros y sus agentes. Entiendo de incluso pense que tener algun tipo de cobertura de seguro, yo soy responsable del pago de los servicios. Tenga en cuenta, es la politica de esta oficina que cualquier parent se solicita tratamiento para el nino es responsable del pago de los servicios del pago de todas las cuotas subsiguientes.

Name/Nombre: Signature/Firma: Relationship/Relacion: Date/ Fecha:

Forma De Autorización

Patient Name:

DOB:

Medicare Assignment of benefits to Statement to Permit of Health and/or Medical insurance benefits To Maya Healthcare Clinic and Providers

Yo certifico que la información dada por mi en solicitar pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid o sus intermediarios o portadores cualquier información necesaria para este o un reclamo médico relacionado. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se hagan en mi nombre. Yo asigno los beneficios pagaderos por el médico y/o de de nivel medio(Enfermera o asistente de Doctor) proveedor u organización de los servicios o proveedor autorizado o la organización a presentar una reclamación de Medicare para el pago a mi. Entiendo que soy responsable de cualquier seguro de salud con deducible y coseguro.

Responsabilidades Financiera

Yo entiendo que independientemente de mis beneficios de seguro asignados, yo soy el responsable de la carga total de todos los servicios previstos y estoy de acuerdo en respetar la póliza de pago de la clínica. Yo entiendo que, si soy incapaz de pagar en su totalidad en el momento del servicio prestado, Maya Healthcare Clinic puede adquirir mi historial de crédito para evaluar ,la capacidad crediticia. Además entiendo que las cuentas pendientes de pago del paciente puede acumular intereses de (1.5%) por meses (18%) al año y estoy de acuerdo en pagar todos los cargos de interés con la adición de cualquier otro pago pendiente no pagada por la cobertura médica. Entiendo que mi cuenta médica será puesta en colección, y seré responsable por el pago.

Seguros Asignados

En consideración de los servicios prestados o deba prestar, revoco mi firma para ser transferida a la Maya Healthcare Clinic en Euless, Texas cualquier beneficio por pagar ya sea por hospitalización, responsabilidad enfermiza, accidente móvil de aseguranza y cualquier otra forma de pago. Estoy de acuerdo de ayudar, y asistir a la clínica para obtener todos los beneficios de la aseguranza, incluyendo la iniciación de todas las disposiciones de la póliza de seguro de dichas empresas que pueda requerir para el pago. Entiendo que es mi responsabilidad proveer los cargos no pagados de conformidad con esta asignación.

Autorización para la atención médica

Autorizo al personal de Maya Healthcare Clinic de salud para administrar dicha atención/ tratamiento que sea necesario por el doctor basado en mi diagnóstico. Entiendo que dicha atención puede incluir el tratamiento médico y cirugías, laboratorio y radiológico. Certifico que no es garantía de seguridad de los resultados que pueda obtener.

Autorización Para compartir Su Información

Autorizo al personal de Maya Healthcare Clinic de salud revelar la información necesaria de mi expediente médico para los siguientes partidos: a cualquier proveedor médico con el propósito de continuar asistencia médica, y a cualquier aseguranza médica o pagador tercero o su agente, con el propósito de obtener un pago a los empleados, funcionarios,y los proveedores clínicos sin liberarlos de responsabilidad legal o responsabilidad por la información anterior en la medida indicada y autorizada. Entiendo que la liberación específicamente incluye cualquier tipo de examen de sangre o cualquier resultado que reflectan HIV,HBV, y otras enfermedades, todo esto autorizo que sea liberado.

Nombre de Paciente

Relación al Paciente

Fecha

Representante Responsable

Relación al Paciente

Fecha

Forma de Consentimiento Médica

Con enfermeros de práctica avanzada

Maya Healthcare Clinic tiene enfermos de práctica avanzada para asistir en la entrega de la asistencia médica primaria. Maya Healthcare Clinic es un centro de atención de medicina familiar y es propiedad de y está operada por Vishnu Upadhyay, una enfermera practicante de familia médico generalista y certificada en la salud de la mujer.

Una enfermera practicante es una enfermera registrada (RN) también conocida como enfermeras de práctica avanzada (ANP) tiene una Maestría en Enfermería y una certificación del consejo en su especialidad. Ellos tienen la educación y la formación en las áreas de especialidad como medicina familiar, salud de la mujer o pediatría. Los profesionales enfermeros familiares han adquirido conocimiento necesario y de expertos, habilidades y capacitación en el cuidado de las personas de todas las edades. He leído este documento y autorizo los servicios de una enfermera particular para mis necesidades de cuidado médico.

Nombre Del Paciente

Fecha

Firma Del Paciente

Fecha De Nacimiento

Firma Del Paciente/Guardian Fecha

Como Se Enteró De Nosotros?

Forma de Consentimiento

En Abril del 2003, los nuevos requisitos federales con respecto a la privacidad de la información de los pacientes de atención médica tomaron efecto. HIPAA, la portabilidad de seguro de la salud y la ley de protección requiere que todos los proveedores de servicios médicos, compañías de seguro, y otros, para establecer control para garantizar que su información médica sea segura.

Maya Salud Clinic requiere que cada paciente firme este consentimiento, el cual nos permite compartir información de salud con otras oficinas del médico, su hospital, y la compañía de seguros.

Al firmar este formulario, usted da consentimiento para nuestro uso de información de salud privada para tratamiento, pago y operación de atención. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, a excepción donde ya hemos expuesto la información basándose en su consentimiento anterior.

Nuestro aviso de práctica de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida sobre usted. Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

**Firma Del Paciente O
Representante:**

Fecha:

Name of Patient:

**Fecha De
Nacimiento:**

Forma de Consentimiento

En Abril del 2003, los nuevos requisitos federales con respecto a la privacidad de la información de los pacientes de atención médica tomaron efecto.

HIPAA, la portabilidad de seguro de la salud y la ley de protección requiere que todos los proveedores de servicios médicos, compañías de seguro, y otros, para establecer control para garantizar que su información médica sea segura.

Maya Salud Clinic requiere que cada paciente firme este consentimiento, el cual nos permite compartir información de salud con otras oficinas del médico, su hospital, y la compañía de seguros.

Al firmar este formulario, usted da consentimiento para nuestro uso de información de salud privada para tratamiento, pago y operación de atención. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, a excepción donde ya hemos expuesto la información basándose en su consentimiento anterior.

Nuestro aviso de práctica de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida sobre usted. Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

1.)

**Firma Del Paciente
O Representante:**

Fecha:

2.)

**Firma Del Paciente
O Representante:**

Fecha:

Firma Del Paciente:

Firma Del Paciente:

Fecha:

Autorización Para Compartir Información A Los Miembros Del Hogar/Contestador Automático

De vez en cuando será necesario que los representantes de Maya Healthcare Clinic dejen mensajes en los pacientes. El propósito de estos mensajes es recordar pacientes que tienen una cita, para notificar al paciente que el personal médico le gustaría discutir laboratorio o procedimiento resultados, o para pedir un paciente para llamar CMC sobre un asunto o preocupación. El propósito de este acuerdo es dejar mensajes con los miembros de su familia o en su contestador automático. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, salvo que ya hemos hecho revelaciones en dependencia de su consentimiento previo.

Patient name:

Date:

Forma de consentimiento acerca el recibo de la privacidad

Entiendo que como parte del servicio de atención médica dado, Maya Healthcare Clinic, crea y mantiene registros de salud y otra información que describe, entre otras cosas, mi historial médico, síntomas, diagnóstico, tratamiento de exámenes, y resultados de pruebas, historia de medicamentos recetados, y el plan de el cuidado o tratamiento futuro.

He recibido una notificación de prácticas privadas que ofrece una descripción más completa del uso y divulgación de cierta información de salud. Yo entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que la organización se reserva el derecho de cambiar su aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que la organización se reserva el derecho a cambiar su aviso y prácticas y antes de la puesta mandar por correo una copia de la notificación revisada a la dirección que he proporcionado. Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información puede ser utilizada o revelada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica (evaluación de calidad y actividades de mejora, suscripción, clasificación de tarifas, organizado o realizado de registros médicos, servicios legales y las funciones auditora, etc.) y que la organización no está obligada a aceptar la restricción solicitada.

Al firmar este formulario, su consentimiento para el uso y divulgación de información de salud protegida sobre mi con el propósito de las operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando las revelaciones ya se han hecho basándose con mi consentimiento anteriormente.

Este consentimiento Es Dado libremente con la condición de que:

Ay todos los registros, en escrito u oral o en formato electrónico, son confidenciales y no pueden ser discutidos por razones fuera del tratamiento, pago de operaciones de atención médica sin mi autorización anteriormente y por escrito, salvo las excepciones establecidas por la ley.

Una fotocopia de fax de este consentimiento es tan válida como el original.

Yo tengo el derecho de solicitar que el uso de mi información protegida de la salud, que es o revela por efecto con destino a tratamiento, pago u operaciones de atención médica, para ser registrado. También entiendo que la Clínica De Salud Maya y yo tenemos que ponernos de acuerdo de cual restricción en escritura que sea solicitada sobre el uso y divulgación de mi información esté protegida que anteriormente fue acordado.

Nombre Completo

Fecha

Firma

Fecha De Nacimiento

Firma De Guardian