

## Formulario de Registro: Imprima

Información del Paciente Actual Datos Demográficos	
<p>Nombre del paciente (legal)                      Apellido: _____                      Nombre, MI: _____                      Nombre preferido: _____                      Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____                      Sexo asignado al nacer: _____ Pronombres _____                      Teléfono móvil: _____                      Teléfono de casa: _____                      Domicilio: _____                      N. ° de apartamento _____ Código postal: _____                      Ciudad: _____ Estado: _____                      Dirección de correo electrónico: _____                      _____                      SSN: _____                      Licencia de conducir: _____                      Representante del paciente, si corresponde                      Nombre legal (Apellido, Nombre, Inicial del): _____                      _____                      Relación con el paciente: _____                      Número de teléfono: _____                      Relación con paciente: _____</p>	<p>Proveedor de atención primaria: _____                      Farmacia preferida: _____                      Estado civil: _____                      Orientación sexual: _____                      Estado laboral: _____                      Idioma preferido: _____                      Etnia: ¿Se identifica como hispano / latino? S o N                      Raza:  <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
Contacto de emergencia	
<p>Nombre de contacto: _____                      Número de teléfono: _____                      Relación de paciente: _____</p>	

**Necesitaremos una copia de su identificación y Tarjeta de seguro en el archivo antes de ser atendido por un proveedor médico póliza.**

Información del Seguro (obligatorio): si el paciente no tiene seguro, escriba "sin seguro" o "pago por cuenta propia" en la parte primario y secundario	
Primario Seguro	Secundario Seguro
Compañía de seguros : _____ Núm. de identificación de la póliza: _____ _____ Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Sexo: M o F Relación con el paciente: _____	Compañía de seguros : _____ Núm. de identificación de la póliza: _____ _____ Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Sexo: M o F Relación con el paciente: _____
¿Está siendo atendido por una lesión / enfermedad relacionada con el trabajo? S o N Fecha de la lesión: _____ En caso afirmativo, ¿quién es su empleador? _____ Número de teléfono del empleador: _____	

**A mi leal saber y entender, la información anterior es completa y precisa.**

Firma del paciente / representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del representante (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Autorizo a Chico Immediate Care Medical Center Inc. a comunicarse conmigo por teléfono móvil registrado.**

Firma del paciente / representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del representante (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

## **Póliza Financiera y Responsabilidad Financiera del Paciente**

Póliza Financiera y Responsabilidad Financiera del Paciente La póliza de Chico Immediate Care Medical Center Inc. es solicitar el pago completo en el momento del servicio. Los pagos aceptables incluyen cheque, efectivo, tarjeta de crédito (excepto American Express). El seguro actual es aceptable y, como cortesía, Chico Immediate Care Medical Center Inc. facturará el reembolso a la compañía de seguros. Por la presente, asigno los beneficios de mi seguro para que se paguen directamente al proveedor de atención médica. Si el paciente o la compañía de seguros no han realizado el pago de la cuenta, dentro de los sesenta (60) días, se espera que el paciente pague el saldo en su totalidad. Independientemente de la cobertura del seguro, se espera que el paciente pague (en el momento del servicio) los copagos, los deducibles no cubiertos, los cargos por productos farmacéuticos y todos los cargos no cubiertos por la póliza.

Al firmar este formulario el paciente reconoce que cualquier prueba de COVID-19 que se realice es responsabilidad del paciente. Quest Diagnostics y Valley Clinical se pueden utilizar para todos los servicios de laboratorio externos a menos que se hayan hecho arreglos previos. A excepción de las empresas con las que tenemos acuerdos, nuestra oficina no puede aceptar la responsabilidad de cobrar su reclamo de seguro o de negociar un acuerdo sobre un reclamo en disputa. Independientemente de cualquier reclamo pendiente, si hay un saldo pendiente, se le enviará un estado de cuenta. En caso de que la cuenta sea remitida a un abogado o agencia de cobranza (TSI Collections) para el cobro, el abajo firmante pagará la acumulación de los honorarios del abogado y los gastos de cobranza. Su firma indica que conoce la póliza de pago de Chico Immediate Care Medical Center Inc. y le da permiso a Chico Immediate Care Medical Center Inc. para facturar a su seguro, divulgar cualquier información necesaria para la facturación y recibir el pago directamente del mismo. Chico Immediate Care Medical Center Inc. no factura HMOs fuera de Butte or Glenn county. Yo, el paciente, entiendo que Chico Immediate Care Medical Center, Inc. no factura HMOs fuera de Butte or Glenn countys y la paciente, será responsable del monto total de los servicios y de cualquier saldo pendiente.

Chico Immediate Care Medical Center Inc. no acepta pacientes de Medi-Cal o CA Health and Wellness o Medicaid. Si obtiene Medi-Cal o CA Health and Wellness o Medicaid como su seguro primario o secundario mientras recibe tratamiento en esta oficina, ya no podremos aceptarlo como paciente en Chico Immediate Care Medical Center Inc. Yo, el paciente, reconozco que al firmar este formulario entiendo que Chico Immediate Care Medical Center, Inc. no acepta Medi-Cal o Medicaid o ni ningún seguro financiado por el condado/financiado por el estado porque no están inscritos ni tienen contrato con Medi-Cal o Medicaid o cualquier seguro financiado por el condado o el estado. Yo, el paciente, entiendo que Chico Immediate Care Medical Center, Inc. no está inscrito ni tiene contrato con Medi-Cal o Medicaid o ni con ningún seguro financiado por el condado o el estado y, por lo tanto, no podemos facturar a estos pagadores. Si el paciente opta por pagar la visita de su bolsillo, será responsable del monto total de los servicios y de cualquier saldo pendiente.

Reconocimiento de prueba de COVID-19 y consentimiento informado Immediate Care Medical Center, Inc., no es responsable si el paciente obtiene una prueba de COVID-19 que se considera insuficiente para viajar, evento(s), autorización médica/laboral/escolar, o como requisito de entrada/admisión. El paciente reconoce que es su responsabilidad investigar y confirmar qué prueba necesita (Molecular/PCR o Antígeno) para cualquiera de los escenarios enumerados anteriormente. Tenga en cuenta que la mayoría de las aerolíneas requieren la prueba de amplificación de ácido nucleico (PCR). El paciente reconoce que si la prueba de Covid-19 no está cubierta por su seguro, será responsabilidad financiera del paciente. Todas y cada una de las pruebas y muestras de laboratorio (títulos, cultivos de orina, cultivos de garganta, etc.) que se envíen a un laboratorio externo (Quest, Valley Clinical, PSMG, Ethos) se cargarán al seguro médico del paciente. Si el paciente no tiene seguro médico, todos los costos adquiridos se facturan directamente al paciente y son responsabilidad financiera del paciente. Entiendo que recibiré una factura de uno de los laboratorios enumerados anteriormente y que soy responsable de realizar los pagos en su totalidad por todos y cada uno de los servicios recibidos. Entiendo que soy responsable de cualquier cargo en el que incurra al optar por utilizar los servicios de Chico Immediate Care Medical Center Inc. Al firmar a continuación, confirmo mi comprensión de la información anterior y mi consentimiento a las divulgaciones anteriores.

**He leído lo anterior. Declaro, entiendo y estoy de acuerdo con Chico Immediate Care Medical Center Inc.'s la póliza de responsabilidad financiera y del paciente.**

Firma del paciente / representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del representante (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

## **Consentimiento para el tratamiento y reconocimiento para la atención de seguimiento**

Yo, el paciente, doy mi consentimiento para la evaluación y / o el tratamiento de la condición por la cual yo o mi dependiente, ha venido a Chico Immediate Care Medical Center Inc. Doy mi consentimiento para exámenes físicos, inyecciones, recolección de muestras de laboratorio, venopunción y todas las demás pruebas que se consideren necesarias y acordadas conjuntamente por mi proveedor médico durante una visita con Chico Immediate Care Medical Center Inc. Estoy de acuerdo en hacer todas y cada una de las preguntas antes de que se administren las inyecciones, y se colecten las muestras de laboratorio y / o se realicen las pruebas apropiadas. Reconozco y acepto que este consentimiento se mantendrá en el archivo y se aplicará a todas las visitas, atención de emergencia o episodios de tratamiento y evaluaciones de Chico Immediate Care Medical Center Inc. hasta que se revoque.

Soy consciente de que la sangre y otros fluidos corporales potencialmente infecciosos a veces ocurren en entornos de atención médica, como un pinchazo accidental con una aguja o salpicaduras de sangre en los ojos o otras membranas mucosas de otra persona. Si mi sangre o otros fluidos corporales potencialmente infecciosos se exponen a un empleado de cualquier instalación de Chico Immediate Care Medical Center Inc. mientras me están cuidando, acepto que me extraigan sangre para hacerme la prueba del VIH, Hepatitis B, y Hepatitis C. Los resultados de las pruebas se darán a conocer al empleado expuesto, pero los resultados se mantendrán confidenciales, de acuerdo con los requisitos de HIPAA

Reconozco que seré responsable de hacer un seguimiento con un proveedor médico en esta clínica para discutir cualquier procedimiento / laboratorio / referencias que se ordenaron durante mi visita. Las visitas de seguimiento se considerarán otra visita al consultorio y es posible que esté sujeto a costos de bolsillo o copagos. Los seguimientos se pueden realizar a través de un video de telesalud, por teléfono o en la clínica. El proveedor médico puede determinar qué tipo de seguimiento es aceptable, según el tipo de atención de seguimiento necesaria. Es política de Chico Immediate Care Medical Center Inc., que si un paciente falta a tres citas, puede resultar en el despido de nuestra práctica. Al firmar a continuación, declara que ha leído y acepta los términos de la política de "cita perdida". Yo, el paciente, puede recoger una copia de cualquier informe / resultado después de firmar un formulario de autorización proporcionado por la clínica. Puedo acceder a mis informes / resultados en el portal de pacientes de Athena. Si tengo alguna pregunta y deseo discutir los resultados con el proveedor médico, entiendo que es mi responsabilidad buscar una visita de seguimiento. Si elijo no revisar mis resultados con un proveedor médico, asumo la responsabilidad de las consecuencias negativas y potencialmente graves para mi salud.

**He leído la declaración anterior y entiendo y estoy de acuerdo con Chico Immediate Care Medical Center Inc. consentimiento para el tratamiento y reconocimiento de la atención.**

Firma del paciente / representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del representante (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

### **Autorización de privacidad y divulgación de información de HIPAA**

Yo, [Patient name], por la presente autorizo a Chico Immediate Care Medical Center Inc. y sus afiliados, sus empleados y agentes, para usar y divulgar información médica protegida (por ejemplo, información relacionada con el diagnóstico, tratamiento, pago de reclamaciones y servicios de atención médica proporcionados o que se me brindarán y que identifica mi nombre, dirección, número de seguro social, número de identificación de miembro) para el propósito de ayudarme a resolver reclamaciones y problemas de cobertura de beneficios de salud. Autorizo a Chico Immediate Care Medical Center Inc. a obtener / tener acceso a mi historial de medicamentos y compartir mi historial médico con otras instalaciones de atención médica de las que actualmente estoy recibiendo atención.

Entiendo que cualquier información de salud personal o otra información divulgada a la persona o organización identificada anteriormente puede estar sujeta a una nueva divulgación por dicha persona / organización y puede que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales y estatales aplicables. Doy mi consentimiento para divulgar información a CAIR (Registro de Inmunizaciones de CA). Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización mediante notificación por escrito a un sin embargo, esta autorización no puede ser revocada si sus empleados o agentes han tomado medidas sobre esta autorización antes de recibir mi notificación por escrito. También entiendo que tengo derecho a tener una copia de esta autorización. Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal. Además entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa a firmar no afectará mi elegibilidad para los beneficios o la inscripción o el pago o la cobertura de los servicios. Me han informado de las prácticas de privacidad de esta práctica, la póliza de divulgación de información de facturación, la póliza de asignación de beneficios y la concesión de la autoridad de historial de medicamentos de la práctica.

Si corresponde, los representantes legales firman a continuación:

Al firmar este formulario, declaro que soy el representante legal del miembro identificado anteriormente y proporcionaré prueba por escrito (por ejemplo, poder notarial, testamento vital, documentos de tutela, etc.) de que soy legalmente autorizado para actuar en nombre del Miembro con respecto a este formulario de autorización. Soy consciente de que tengo derecho a una copia del Chico Immediate Care Medical Center Inc. Aviso de prácticas de privacidad Doy mi consentimiento para los usos y divulgaciones de mi información médica como se describe en el Aviso.

#### **Autorización para divulgar PHI a familiares, amigos y / o cuidadores**

Reconozco y acepto que Chico Immediate Care Medical Center Inc. puede usar o divulgar información médica protegida a las personas que he indicado a continuación. Esta información incluirá notas de oficina, pruebas de diagnóstico e informes de historial financiero, a menos que indique lo contrario.

1. Nombre legal completo (impreso) \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_
2. Nombre legal completo (impreso) \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_
3. Nombre legal completo (impreso) \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**He leído la declaración anterior y comprender la HIPAA / Póliza de privacidad de Chico Immediate Care Medical Center Inc.**

- Yo permito la divulgación de mi información médica. \_\_\_\_\_  
(Iniciales/ Iniciales del representante)
- Me niego a permitir la divulgación de mi información médica. \_\_\_\_\_  
(Iniciales/ Iniciales del representante)

**Firma del paciente / representante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Nombre del representante (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_