

Registro General Pacientes

POR FAVOR IMPRIME CLARAMENTE

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido (last): _____ Nombre (first): _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de Nacimiento (mes/día/año): _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono principal: _____ Número de teléfono alternativo: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del padre o tutor legal (si corresponde):

Idioma principal hablado, si NO es inglés: _____

Estado Civil: Casado Soltero Sexo: Masculino Femenino

Nombre del cónyuge (si corresponde): _____ Teléfono del cónyuge: _____

Nombre del empleador (solo si está aquí a pedido de su empleador): _____

Teléfono del empleador (solo si está aquí a pedido de su empleador): _____

Propósito de la visita de hoy:

INFORMACIÓN DEL GARANTE

Si está aquí a pedido de su empleador y está manejando el pago, pase a Contacto de emergencia.

Todos los otros: Complete esta sección solo si ALGUIEN QUE NO SEA EL PACIENTE (es decir, padre o tutor legal) es responsable del pago. Ingresar la información de esa persona a continuación.

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____ Número de Seguro Social: _____

DIRECCIÓN: _____

Ciudad (*): _____ Estado (*): _____ Código postal: _____

Número de teléfono principal: _____ Número de teléfono alternativo: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Marque aquí si su cónyuge es su principal contacto de emergencia:

Para todos los demás, complete la siguiente información de contacto de emergencia principal:

Nombre de contacto: _____ Teléfono de contacto: _____

(Por favor complete el formulario al reverso)

Consentimiento General del Paciente

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Por la presente, voluntariamente doy mi consentimiento para los servicios médicos proporcionados por Redpoint Medical, PSC y sus proveedores y personal de atención médica. Entiendo que estos servicios médicos pueden incluir, sin limitación, evaluación física y mental de rutina; diagnóstico y pruebas y procedimientos de seguimiento; exámenes y tratamiento médico; procedimientos y pruebas de laboratorio de rutina; radiografías prescritas y otros estudios de imágenes; administración de medicamentos; y procedimientos y tratamientos adicionales que pueden ser prescritos por Proveedores de atención médica de Redpoint Medical PSC.

Entiendo que existen ciertos peligros y riesgos asociados con todas las formas de tratamiento, y doy mi consentimiento sabiendo esto. Reconozco que si bien se hará todo lo posible para mantener los riesgos y los efectos secundarios al mínimo, las complicaciones pueden ser impredecibles tanto en naturaleza como en gravedad, y pueden ocurrir.

Entiendo que se me puede pedir que firme un formulario de consentimiento informado por separado para ciertos tratamientos que requieren dicho consentimiento.

Como parte de los procedimientos médicos o las pruebas realizadas por los proveedores de atención médica y el personal de Redpoint Medical PSC, doy mi consentimiento para ser evaluado para la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis o cualquier otra enfermedad infecciosa transmitida por la sangre con fines directamente relacionado con mi tratamiento médico. Si un trabajador de la salud está expuesto a mi sangre o fluidos corporales, Redpoint Medical, PSC puede, a su costo, tomar muestra de mi sangre para descartar cualquier enfermedad infecciosa. Redpoint Medical, PSC mantendrá confidencialmente en la medida prevista por ley aplicable: a) el hecho de que se haya ordenado un análisis de sangre, y b) los resultados de dichos análisis.

Entiendo que este consentimiento es válido y permanece vigente hasta que retire mi consentimiento, lo cual puede hacerse por escrito en cualquier momento o hasta que Redpoint Medical, PSC me pida que complete un nuevo formulario de consentimiento del paciente por lesión laboral.

Entiendo que si este consentimiento se firma en nombre de un menor, este consentimiento es válido hasta que el padre o tutor legal retira el consentimiento por escrito, o hasta que el menor cumpla 18 años, momento en el cual el menor debe dar su consentimiento para los servicios en su propio nombre.

COBRO DE PAGOS

Entiendo que Redpoint Medical, PSC no **facturara ningún** seguro privado por los servicios que reciba, y mi proveedor de seguros no pagara ningún beneficio directamente a Redpoint Medical, PSC. Entiendo que cualquier cantidad autorizada por mi proveedor de seguros debe pagarse en forma de reembolso directo a mí, y que soy personalmente responsable del pago, en el momento del servicio, por todos los servicios prestados y cobrados a mí. Reconozco que la cobertura de seguro es un acuerdo entre la compañía de seguros y yo. Si bien tratamientos para ayudarme a intentar cobrar el reembolso de la compañía de seguros, los reembolsos no están garantizados y, a menudo, se niegan rutinariamente por servicios relacionados con viajes. Según USCIS, los exámenes de inmigración son estrictamente sin seguro.

RECONOCIMIENTO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Una copia del "Aviso de Practicas de Privacidad" de Redpoint Medical se ha ofrecido hoy para mi revisión. Entiendo que el Aviso detalla varios derechos otorgados a mí, el paciente, bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, comúnmente conocida como HIPAA. Reconozco y doy mi consentimiento para que Redpoint Medical, PSC pueda usar y divulgar mi información de salud para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención medica como se describe en el Aviso. Además, reconozco que si estoy aquí a petición de mi empleador, los resultados de mi visita se enviaran a mi empleador.

Mi firma a continuación certifica que: a) la información que he proporcionado en el formulario de Información General Para el Paciente (página 1) es correcta a mi leal saber y entender, y b) he leído y entiendo completamente y doy mi consentimiento a cada sección detallada anteriormente en este formulario de Consentimiento General del Paciente (página 2), y CO Autorizo que los resultados de cualquier servicio solicitado por el empleador se compartan con mi empleador.

Firma: _____ Fecha: _____