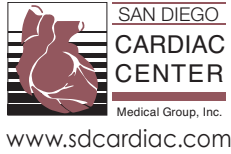


# FORMA DE REGISTRACIÓN DE PACIENTE



Oficina de Kearny Mesa  
3131 Berger Avenue  
Suite 200  
San Diego, CA 92123  
858-244-6800

Oficina de Chula Vista  
890 Eastlake Parkway  
Suite 205  
Chula Vista, CA 91914  
858-244-6867

Para Uso de Oficina Solamente

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

# de Cuenta \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE PACIENTE

Por favor imprima

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono de Emergencia: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenina  Otro \_\_\_\_\_ Título:  Sr.  Sra.  Srta.  Dr.  Otro \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero/a  Casado/a  Viudo/a  Divorciadola

## RAZA/ETNICIDAD/LENGUAJE

¿Usted se considera ser Hispano o Latino?  No  Si

¿Cuál categoría describe mejor su raza?

Indio Americano o Nativo de Alaska  Nativo Hawaiano o Isleño Pacifico  Asiático  Blanco

Negro o Africano Americano  Otro  Negarse a contestar

Lenguaje preferido:  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

(Por favor notifique a nuestra oficina en avance de su cita si usted requiere servicio de traductor)

## INFORMACIÓN DE ASEGURANZA

PORTADOR PRIMARIO: \_\_\_\_\_ Nombre de Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_\_\_

PORTADOR SECUNDARIO: \_\_\_\_\_ Nombre de Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_\_\_

¿Lesión/enfermedad relacionada al trabajo?  No  Si Fecha de lesión Compensación al Trabajador \_\_\_\_\_

# Reclamo \_\_\_\_\_

Garante Financiero (si es diferente) Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_\_\_

## COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

Nuestra oficina se comunica por diversos medios incluyendo; portal de paciente seguro, teléfono, y mensajes de texto para recordatorios de cita.

Autorizo a San Diego Cardiac Center para contactarme por los siguientes métodos:

• Teléfono Celular • Mensaje de Texto • Teléfono de Casa • Correo Electrónico Seguro • Portal de Paciente en Línea

Esta bien dejar un mensaje detallado en mi correo de voz

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE PACIENTE O REPRESENTANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA



## AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO Y PAGO DE BENEFICIOS MÉDICOS FORMA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE PACIENTE

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_\_\_

Gracias por elegir a San Diego Cardiac Center (SDCC). Apreciamos la confianza que nos ha mostrado al elegirnos y estamos comprometidos a proveerle con la mas alta calidad en cuidado de salud. Pedimos que lea y firme el siguiente documento para reconocer que entiende y autoriza el tratamiento, pago y política financiera.

### AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO Y PAGO PARA BENEFICIOS MÉDICOS

Doy permiso a la práctica, San Diego Cardiac Center Medical Group, Inc., para proveer servicios médicos para diagnósticos y tratamiento. Autorizo la liberación de información medica necesaria para procesar reclamos por servicios brindados y por pago de mi compañía de aseguranza de ser hechos directamente a San Diego Cardiac Center Medical Group Inc.

Asigno todos los beneficios de aseguranza para tratamiento de ser pagados directamente a San Diego Cardiac Center Medical Group Inc. y solicito que esta asignación permanezca en archivo con mi portador de aseguranza.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### RESPONSABILIDADES FINANCIERAS DE PACIENTE

- Entiendo que soy últimamente responsable de pago por mi tratamiento y cuidado.
- Usted me asistirá facturando a mi aseguranza contratada. Sin embargo, entiendo que estoy requerido proveer la información actual y correcta sobre mi aseguranza en cada visita, y seré responsable por cualquier cobro incurrido si la información proveída no esta correcta, actual o no es pagable acuerdo a mi cobertura de aseguranza.
- Entiendo que soy responsable por pagos de copagos, co-aseguranza, deducibles, y cualquier otro procedimiento o tratamiento no cubierto por mi plan de aseguranza. Entiendo que pago es debido al momento del servicio, pago en efectivo, cheque, y la mayoría de las tarjetas de crédito.
- Entiendo que, si soy paciente de pago a sí mismo, pago es esperado al tiempo de servicio.
- Entiendo que puede incurrir, y que soy responsable por, el pago de cobros adicionales. Estos cobros pueden incluir, pero no están limitados a:
  - o \$10.00 cuota si el pago es recibido después de 30 días de la fecha del primer estado de cuenta.
  - o \$15.00 cuota de estado de cuenta por copago que no sea recibido al tiempo del servicio.
  - o \$25.00 cuota por cheque regresado. Si ocurre un segundo cheque regresado, soy responsable por tres (3) veces la cantidad del cheque o \$100.00, cual sea más.
  - o \$25.00 cuota por cancelación tarde (aviso menos de 24-horas) o cita fallada.
  - o \$25.00 cuota por completar forma (ej. Formas de EDD, FMLA, DMV, Aseguranza de Vida).
  - o Cuota por Copia de Archivos Médicos está disponible a petición. Cuota es pagada antes de liberar archivos
  - o \$200.00 cuota por cancelación tarde (aviso menos de 24-horas) o cita fallada a cualquier prueba de Imagen Nuclear.
  - o Si es necesario asignar su cuenta a una agencia de colección, usted será responsable por todas sus cuotas y gastos. En adición, usted puede ser rechazado de la práctica.

\_\_\_\_\_ Iniciales

### INCUMPLIMIENTO DE PACIENTE

Cancelaciones tardes, y/o citas falladas, también como faltar a seguimiento con tratamientos y instrucciones del médico, son una señal de incumplimiento y puede resultar en rechazo de la práctica.

\_\_\_\_\_ Iniciales



Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_\_\_

Autorizo a San Diego Cardiac Center Medical Group, Inc. y su personal para usar y divulgar la información de salud protegida como descrita abajo, a los individuos nombrados con las divulgaciones especificadas para cada uno. Adicionalmente, entiendo que mi información de salud sirve como una base para planear mi cuidado y tratamiento y es un medio de comunicación entre todos los profesionales de cuidado médico, incluyendo aseguranzas cual contribuyen a mi cuidado. Autorizo la liberación de mis archivos médicos a proveedores involucrados en mi cuidado para asegurar cuidado continuo.

Mi firma abajo reconoce que he sido dado la opción para recibir una copia o fue ofrecida la oportunidad de revisar el "Aviso de Practicas de Privacidad" disponible en la recepción o el www.sdcardiac.com

Firma \_\_\_\_\_

Por favor complete la sección abajo si desea autorizar a un representante tener acceso para llamar o recibir información médica o en su nombre.

**Representante Autorizado 1:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

- Todo** historial medico y archivos de tratamiento incluyendo problemas sensibles tal como enfermedades transmitidas sexualmente y archivos de salud mental.
- Todo el historial médico **excluyendo** problemas sensibles tal como enfermedades transmitidas sexualmente y archivos de salud mental.
- Información de facturación (ej. Perfil de facturación, balance, cobros)

**Representante Autorizado 2:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

- Todo** historial medico y archivos de tratamiento incluyendo problemas sensibles tal como enfermedades transmitidas sexualmente y archivos de salud mental.
- Todo el historial médico **excluyendo** problemas sensibles tal como enfermedades transmitidas sexualmente y archivos de salud mental.
- Información de facturación (ej. Perfil de facturación, balance, cobros)

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco la autorización, debo de hacerlo por escrito y que la revocación no aplicara a información ya liberada antes de la fecha de revocación.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente/ Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**RECONOCIMIENTO COMPLETADO**

He leído y entiendo el reconocimiento, divulgaciones, privacidad, facturación y políticas de oficina de San Diego Cardiac Center Medical Group, Inc. incluido en este paquete. También reconozco que la información es sujeta a cambio con o sin aviso previo.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE PACIENTE/ REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
FECHA