

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: Ingles 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