

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE



www.sdcardiac.com

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

Chula Vista Office
750 Medical Center Ct., Suite 10
Chula Vista, CA 91911
619-482-0300

El Cajon Office
300 S. Pierce Street, Suite 102
El Cajon, CA 92020
619-668-4

Office Use Only

Today's Date _____

Acct # _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Por favor imprima

Apellido(s): _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tel. residencial: _____ Tel. celular: _____ Tel. del trabajo: _____

Contacto de emergencia: _____ Tel. de emergencia: _____

Correo electrónico: _____ Núm. del Seguro Social: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro _____ Título: ☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta. ☐ Dr. ☐ Otro _____

Estado civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a)

RAZA/ORIGEN ÉTNICO/IDIOMA

¿Se considera hispano o latino? ☐ No ☐ Sí

¿Qué categoría describe mejor su raza?

☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico ☐ Asiático ☐ Blanca

☐ Negra o afroamericana ☐ Otra ☐ No deseo responder

Idioma preferido: ☐ Español ☐ Inglés ☐ otros _____ (Por favor, notifíquelo a nuestra oficina con antelación a su cita si necesita servicios de traducción.)

INFORMACIÓN DEL SEGURO

ASEGURADORA PRINCIPAL: _____ Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

ASEGURADO SECUNDARIO: _____ Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Lesión/enfermedad relacionada con el trabajo? ☐ No ☐ Sí Fecha la lesión para Compensación de Trabajadores _____

Núm. de reclamo _____ Garante financiero (si es diferente) Apellido(s) _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

COMUNICADOS ELECTRÓNICOS

Nuestra oficina se comunica a través de diferentes medios electrónicos, que incluyen nuestro portal seguro para el paciente, teléfono y mensajería de texto para recordatorios de citas.

Autorizo a San Diego Cardiac Center a comunicarse conmigo por los siguientes métodos:

• Teléfono celular • Mensaje de texto • Teléfono residencial • Correo electrónico seguro • Portal del paciente en línea

☐ Está bien dejar mensajes detallados en mi buzón de voz

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE

FECHA

Apellido(s) _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento: _____

Gracias por elegir San Diego Cardiac Center (SDCC). Agradecemos la confianza que ha demostrado al elegir y nos comprometemos a proporcionarle una atención médica de la más alta calidad. Le pedimos que lea y firme los siguientes documentos para reconocer su comprensión y autorización para el tratamiento, los pagos y las políticas financieras del paciente.

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO Y PAGO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Doy permiso para que San Diego Cardiac Center Medical Group, Inc. proporcione servicios médicos para el diagnóstico y tratamiento. Autorizo la divulgación de información médica necesaria para procesar cualquier reclamo por servicios prestados y para que el pago de mi compañía de seguros se realice directamente a San Diego Cardiac Center Medical Group, Inc.

Asigno todos los beneficios del seguro para que el tratamiento se pague directamente a San Diego Cardiac Center Medical Group, Inc., y solicito que esta asignación permanezca en el archivo de mi compañía de seguros.

_____ Firma _____ Fecha

RESPONSABILIDADES FINANCIERAS DEL PACIENTE

- Comprendo que en última instancia soy responsable del pago por mi tratamiento y atención.
- Usted me ayudará facturando a mis aseguradoras contratadas. Sin embargo, entiendo que estoy obligado a proporcionarle la información más correcta y actualizada sobre mi seguro en cada visita, y que seré responsable de los cargos en los que se incurra si la información proporcionada no es correcta, actualizada o no se paga según la cobertura de mi seguro.
- Comprendo que soy responsable del pago de copagos, coaseguros, deducibles y todos los demás procedimientos o tratamientos que no estén cubiertos por mi plan de seguro. Entiendo que el pago se adeuda al momento de recibir el servicio, pagadero mediante efectivo, cheque y la mayoría de las principales tarjetas de crédito.
- Comprendo que, si soy un paciente que me paga por cuenta propia, el pago se adeuda en su totalidad al momento de la prestación del servicio.
- Comprendo que puedo incurrir, y soy responsable, del pago de cargos adicionales. Estos cargos pueden incluir, pero no se limitan a:
 - o \$10.00 de recargo por demora si el pago se recibe después de 30 días a partir de la fecha del primer extracto.
 - o \$15.00 de cargo por copago no cobrado en la fecha del servicio.
 - o \$25.00 por cheque devuelto. Si se produce un segundo cheque devuelto, seré responsable de tres (3) veces el importe del cheque o \$100.00, el importe que sea mayor.
 - o \$25.00 por cancelación tardía (con menos de 24 horas de antelación) o por no acudir a la cita.
 - o \$25.00 por completar formularios (por ejemplo, EDD, FMLA, DMV, formularios de seguro de vida).
 - o Los honorarios por copia de expedientes médicos están disponibles previa solicitud. Las tarifas se deben pagar antes de la divulgación de los expedientes.
 - o \$200.00 de cargo por cancelación tardía (menos de 24 horas de aviso) o cita perdida para cualquier prueba de imagen nuclear.
 - o Si es necesario asignar su cuenta a una agencia de cobros, usted será responsable de todos sus honorarios y gastos. Además, puede ser dado de baja de la consulta.

_____ Iniciales

INCUMPLIMIENTO DEL PACIENTE

Múltiples cancelaciones tardías y/o faltas a las citas, así como el incumplimiento de los tratamientos recetados por el médico y las instrucciones, son signo de incumplimiento y pueden resultar en la baja de la consulta.

_____ Iniciales



AVISO DE LA HIPAA SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Apellido(s) _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorizo a San Diego Cardiac Center Medical Group, Inc. y su personal a usar y divulgar la información de salud protegida que se describe a continuación, a las personas nombradas con las divulgaciones especificadas para cada una. Además, entiendo que mi información médica sirve como base para planificar mi atención y tratamiento y es un medio de comunicación entre los numerosos profesionales de la salud, incluidos los seguros que contribuyen a mi atención. Autorizo la divulgación de mis expedientes médicos a los proveedores involucrados en mi atención a fin de garantizar la continuidad de la atención.

La firma a continuación significa un reconocimiento de que se le ha dado la opción de recibir una copia o se le ha dado la oportunidad de revisar el "Aviso de prácticas de privacidad" que se encuentra disponible en la recepción o en

www.sdcardiac.com

_____ Firma

Por favor, complete las siguientes secciones si desea que un representante autorizado tenga acceso a llamar o recibir información médica en su nombre.

Representante autorizado 1:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Fecha de nacimiento: _____ Núm.: _____

- ☐ **Todos** los antecedentes médicos y registros de tratamiento, incluidos los asuntos sensibles como enfermedades de transmisión sexual y registros de salud mental.
- ☐ Todos los antecedentes médicos, **excepto** los asuntos sensibles como enfermedades de transmisión sexual y registros de salud mental.
- ☐ Información de facturación. (por ejemplo: resumen de facturación, saldo, cargos)

Representante autorizado 2:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Fecha de nacimiento: _____ Núm.: _____

- ☐ **Todos** los antecedentes médicos y registros de tratamiento, incluidos los asuntos sensibles como enfermedades de transmisión sexual y registros de salud mental.
- ☐ Todos los antecedentes médicos, **excepto** los asuntos sensibles como enfermedades de transmisión sexual y registros de salud mental.
- ☐ Información de facturación. (por ejemplo: resumen de facturación, saldo, cargos)

Médico primario: _____ Teléfono: _____

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

Firma del paciente/representante legalmente autorizado

Fecha

RECONOCIMIENTO COMPLETO

He leído y entiendo las políticas de reconocimiento, divulgaciones, privacidad, facturación y en el consultorio de San Diego Cardiac Center Medical Group, Inc. incluidos en este paquete. Asimismo, reconozco que esta información está sujeta a cambios con o sin previo aviso.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE

FECHA