



Nuevo registro de paciente

Por favor, tener TODAS LAS TARJETAS DE SEGURO Y LICENCIA DE CONDUCIR o ID con foto listo para copiar. (Favor de imprimir)

Fecha de hoy: _____ cuenta #: _____

Apellido	Primera	MI	El sexo <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> hembra	<input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> solo <input type="checkbox"/> divorciadas <input type="checkbox"/> viudas
La seguridad social No.	Fecha de nacimiento / /	Raza		<input type="checkbox"/> empleados <input type="checkbox"/> jubilados <input type="checkbox"/> Estudiante
Dirección local	Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular		
Dirección de correo electrónico	Preferencia de idioma <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> AUDITIVOS <input type="checkbox"/> VISIÓN			
Dirección permanente	Ciudad	Estado	Código postal	
Farmacia preferida	Teléfono de la farmacia preferida			

EN CASO DE EMERGENCIA, PÓNGASE EN CONTACTO CON:

Apellido	Primera			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	Relación	

ES EL PACIENTE EL RESPONSABLE FINANCIERAMENTE DE FIESTA? SÍ NO SI NO, POR FAVOR, COMPLETE ESTA SECCIÓN

Relación	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Teléfono diurno		
Primer Nombre	Oriente	Apellido		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	

EMPLEADOR

Empleador	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	-----------	--------	--------	---------------

SEGUROS PROPORCIONE INFORMACIÓN DE SU TARJETA DE SEGURO A LA RECEPCIONISTA

Compañía de seguros	La fecha de nacimiento del asegurado			
Seguro/NOMBRE DEL TITULAR DE LA TARJETA DE CRÉDITO	Relación			
# ID	Grupo #	Teléfono		

COMPAÑÍA DE SEGUROS LA INFORMACIÓN SECUNDARIA

Nombre de la compañía de seguros	La fecha de nacimiento del asegurado			
Seguro/nombre del tarjetahabiente	Relación			
ID#	Grupo #	Teléfono		

ES LA RAZÓN POR LA VISITA HOY EL RESULTADO DE UN ACCIDENTE? SÍ NO SI LA RESPUESTA ES SÍ, POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCIÓN

Por favor, compruebe qué tipo de accidente de: <input type="checkbox"/> compensación a los trabajadores <input type="checkbox"/> automóviles <input type="checkbox"/> Otros				
Fecha del accidente	Lugar del Accidente	Cómo hizo accidente ocurra?		
Reclamación N°	Representante de la reclamación o ajustador			

Si por accidente de trabajo, POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCIÓN

Nombre del empleador	Teléfono del empleador			
Dirección	Ciudad	Estado	ZIP	

¿CÓMO TE ENTERASTE DE NUESTRO CENTRO MÉDICO?

<input type="checkbox"/> AMIGO <input type="checkbox"/> Libreta de teléfono <input type="checkbox"/> POR UNIDAD <input type="checkbox"/> periódico <input type="checkbox"/> remisión por: _____ el médico primario _____
--

Por favor lea y firme la fecha analizados: _____ iniciales: _____ Número de cuenta: _____

1. **Consentimiento para el tratamiento.** Entiendo que el tratamiento médico de la naturaleza inmediata puede ser necesario para el paciente y que esa atención médica, tratamiento y procedimientos serán realizadas por médicos autorizados y/o empleados de S.M.S., D.O., P.A., d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER publicado durante las horas de funcionamiento. Entiendo que el tratamiento médico sólo es proporcionada y yo por la presente concede a mi autorización y consentimiento de dichos tratamientos y procedimientos, y certifica que ninguna garantía o garantía se ha hecho en cuanto a los resultados que pueden obtenerse. Puedo comprender y reconocer que GULF COAST MEDICAL CENTER es un centro docente.
 ¿Tiene usted una directriz anticipada? Sí No le gustaría la información relativa a las directivas por adelantado? Sí No
2. **Responsabilidad financiera.** y en el examen de la atención y el trato prestado a la paciente, prometo pagar S.M.S., D.O., P.A., d/b/a Gulf Coast MEDICAL CENTER todos los cargos por servicios prestados para o en nombre de la paciente. Los servicios que no sean cubiertos por el seguro son responsabilidad de los pacientes y será debido y pagadero en el momento en que se presten los servicios a menos que otros arreglos se realizan con antelación. Paciente también es responsable de los costos de la recaudación de las sumas adeudadas S.M.S., D.O., P.A., d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER, para incluir los honorarios razonables de abogado y las costas judiciales.
3. **Divulgación de información médica.** Autorizo a S.M.S., D.O., P.A., d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER para liberar cualquier información médica, en relación con estos servicios, pidió con respecto al procesamiento de mi reclamación o a mi médico personal, compañía de seguros y/o abogado de registro con la versión adecuada.
4. **La prueba de diagnóstico.** Por favor, ser conscientes de las exclusiones de su póliza de seguro con respecto a la prueba de diagnóstico. Aunque GULF COAST MEDICAL CENTER se esfuerza en ofrecer a nuestros pacientes con cualquier tipo de pruebas de diagnóstico que él/ella puede necesitar, algunas compañías de seguros tienen instalaciones específicas debe ir a para ciertas pruebas, es decir, laboratorio, rayos X de los procedimientos. Es su responsabilidad verificar que procedimientos realizados en el GULF COAST MEDICAL CENTER están cubiertos por la póliza de seguro.
 El paciente es en última instancia responsable de cualquier saldo debido a las razones indicadas anteriormente.
5. **MEDIGAP/Medicare, Blue Cross/Blue Shield u otros seguros de salud.** Autorizo a S.M.S., D.O., P.A., d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER para solicitar Medicare/Medigap y otros beneficios de seguro de salud en mi nombre. Solicito reembolsos de seguros aplicable a hacerse directamente a S.M.S., D.O., P.A., d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER. Certifico que la información que he proporcionado con respecto a mi compañía de seguros es la correcta.
 Autorizo la divulgación de información médica acerca de mí a mi compañía de seguros de salud y la HCFA (Administración de Salud y Finanzas) los agentes, así como cualquier otra información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por relacionados servicio(s). Por la presente autorizo el pago de beneficios de Medigap ser hechos en mi nombre a S.M.S., D.O., P.A., d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER. Yo liberar cualquier titular de Medicare información acerca de mí, a mi de las compañías de seguros, necesaria para determinar las prestaciones pagaderas por los servicios relacionados.
6. **Abogado de registro:** autorizo a mi abogado para liberar a S.M.S., D.O., P.A., d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER cualquier información detallando mi caso, caso de estado o un caso de liquidación en relación con la fecha del accidente _____ y los servicios médicos prestados.
7. **Autorización para apelar la determinación:** Autorizo al Departamento de Facturación de S.M.S., D.O., P.A., d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER para actuar en mi nombre, como un representante designado, para apelar la determinación de mi compañía de seguros, si es necesario. Tengo entendido que las comunicaciones pueden contener información médica y financiera confidencial, incluyendo, pero no limitado a, el tratamiento de las enfermedades venéreas, el alcoholismo y el uso indebido de drogas, el aborto, el trastorno mental y estado de VIH relacionadas con mi examen, tratamiento y confinamiento de hospital en relación con la determinación que está siendo apelada. Entiendo que la información confidencial sólo será lanzado como especificado en la autorización, o según lo permitido por la ley. Esta autorización es válida por un período de un año.
8. **Consentimiento para fotografía:** Tengo entendido que los servicios realizados por S.M.S., D.O., P.A., d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER pueden ser fotografiadas. Las fotografías son utilizados para ayudar en los entrenamientos y también como un importante instrumento de los servicios prestados. Entiendo mi identidad y la información se mantendrá confidencial y protegida.
9. **Consentimiento para recibir llamadas automatizadas.** Doy mi consentimiento para recibir llamadas desde S.M.S., D.O., P.A., d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER para mi protegido asistencia sanitaria y otros servicios en el número(s) de teléfono indicados en la parte frontal de este formulario, incluyendo mi número inalámbrico proporcionado. Entiendo que puede ser cargada para dichas llamadas por mi operadora inalámbrica y que estas llamadas pueden ser generados por un sistema de marcado automático.
10. **La política de esta planta es que llame al 911 para todas las emergencias dentro del centro médico.**

El abajo firmante SE HACE LOS SIGUIENTES RECONOCIMIENTOS Y ACUERDOS EN RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO MÉDICO QUE HA DE PROPORCIONARSE POR S.M.S., D.O., P.A., d/b/a GULF COAST MEDICAL CENTER Y CUALQUIERA DE SUS AGENTES DEBIDAMENTE AUTORIZADOS PARA EL PACIENTE CUYO NOMBRE APARECE EN ESTE FORMULARIO.

He leído y entendido los anteriores reconocimientos y acuerdos. También ENTIENDO QUE ES UN CRIMEN para rellenar este formulario con los datos que sé que son falsas o dejar fuera los hechos que sé que son importantes.

Firma del paciente/Guardian _____

Fecha _____

Tesfigo _____

Número de cuenta _____

Folleto AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Política fecha firmada analizados: _____ iniciales: _____