



FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE NUEVO

TENGA TODAS LAS TARJETAS DE SEGURO Y LICENCIA DE CONDUCIR O FOTO ID LISTA PARA COPIAR.

FECHA: _____ NÚMERO DE CUENTA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ (Ultimo) _____ (Primero) _____ (Medio) FECHA DE NACIMIENTO: _____ (mm / dd / aaaa)

SEXO: MUJER MASCULINO TRANSGÉNERO SS # _____

DIRECCIÓN LOCAL: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

DIRECCIÓN PERMANENTE: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO DE TRABAJO: _____ TELÉFONO MÓVIL: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

NOTIFICACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: NO DESEO SER CONTACTADO SÍ, ME GUSTARÍA SER CONTACTADO POR CORREO ELECTRÓNICO Y UTILIZAR LAS CARACTERÍSTICAS EN LÍNEA PROPORCIONADAS POR GCMC

ESTADO CIVIL: CASADO ÚNICO DIVORCIADO VIUDO PAREJA

RAZA: _____ ETNICIDAD: _____ PREFERENCIA DE IDIOMA: INGLÉS ESPAÑOL OTRO

PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA VISIÓN DISMINUIDA

¿TIENE UNA DIRECTIVA ANTICIPADA? SÍ NO ¿LE GUSTARÍA INFORMACIÓN RELATIVA A LAS DIRECTIVAS ANTICIPADAS? SÍ NO

ESTÁ USTED EMPLEADO: SÍ NO RETIRADO ESTUDIANTE

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

FARMACIA PREFERIDA: _____ TELÉFONO DE FARMACIA PREFERIDO: _____

EN CASO DE EMERGENCIA, CONTACTE:

NOMBRE: _____ (Ultimo) _____ (Primero) _____ (Medio) RELACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____ TELÉFONO MÓVIL: _____

¿ES EL PACIENTE LA PARTE FINANCIERAMENTE RESPONSABLE? SÍ NO SI NO, POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCIÓN:

RELACIÓN _____ SEXO: MASCULINO MUJER TELÉFONO DURANTE EL DÍA: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO: (PROPORCIONE SU TARJETA DE SEGURO AL RECEPCIONISTA).

¿ESTÁS ASEGURADO? SÍ NO

NOMBRE DEL TITULAR DEL SEGURO / TARJETA: _____ (Ultimo) _____ (Primero) _____ (Medio) FECHA DEL ASEGURADO: _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS _____ N ° de ID: _____ N ° DE GRUPO: _____ TELÉFONO: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO:

NOMBRE DEL TITULAR DEL SEGURO / TARJETA: _____ (Ultimo) _____ (Primero) _____ (Medio) FECHA DEL ASEGURADO: _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS _____ N ° de ID: _____ N ° DE GRUPO: _____ TELÉFONO: _____

¿EL MOTIVO DE LA VISITA DE HOY ES EL RESULTADO DE UN ACCIDENTE? SÍ NO SI ES ASÍ, POR FAVOR NOTIFIQUE AL RECEPCIONISTA INMEDIATAMENTE

POR FAVOR LEA Y FIRME

FECHA ESCANEADA: _____ INICIALES: _____ NÚMERO DE CUENTA: _____

1. **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Entiendo que el tratamiento médico de naturaleza inmediata puede ser necesario para el paciente y que dicha atención médica, tratamiento y procedimientos serán realizados por médicos con licencia y / o empleados de **SMS, DO, PA, d / b / a GULF COAST MEDICAL CENTER** durante las horas de funcionamiento publicadas. Entiendo que solo se está proporcionando tratamiento médico y por la presente otorgo mi autorización y consentimiento para dicho tratamiento y procedimientos, y certifico que no se ha hecho ninguna garantía o certeza en cuanto a los resultados que puedan obtenerse. Entiendo y reconozco que **CENTRO MÉDICO GULF COAST** es una instalación de enseñanza.
2. **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE MENORES:** Como padre o tutor legal, doy mi consentimiento para los servicios de atención médica y la prescripción de cualquier medicamento que el proveedor médico considere médicamente necesario para mi hijo.
3. **PROGRAMA DE MONITOREO DE MEDICAMENTOS CON RECETA (PDMD):** El paciente otorga a Gulf Coast Medical Center y a sus proveedores y / o las personas designadas por el proveedor que prescribe el permiso para consultar el Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados antes de dispensar recetas para todas las sustancias controladas para revisar el historial de dispensación, según lo requiere el Estado de Florida (Florida House Bill 21 [2018]).
4. **RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** Por y en consideración de la atención y el tratamiento proporcionados al paciente, prometo pagar **SMS, DO, PA, d / b / a GULF COAST MEDICAL CENTER** todos los cargos por los servicios prestados al paciente o en su nombre. Cualquier servicio que no esté cubierto por el seguro es responsabilidad del paciente y será pagadero en el momento en que se presten los servicios, a menos que se hagan otros arreglos por adelantado. El paciente también es responsable de los costos de cobranza de cualquier monto adeudado. **SMS, DO, PA, d / b / a GULF COAST MEDICAL CENTER**, para incluir honorarios razonables de abogados y costos judiciales.
5. **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA:** Por la presente autorizo **SMS, DO, PA, d / b / a GULF COAST MEDICAL CENTER** a divulgar cualquier información médica, en relación con estos servicios, solicitada con respecto al procesamiento de mi reclamo oa mi médico personal, compañía de seguros y / o abogado registrado con la divulgación correspondiente.
6. **PRUEBAS DIAGNÓSTICAS:** Tenga en cuenta las exclusiones de SU póliza de seguro con respecto a las pruebas de diagnóstico. A pesar de que **CENTRO MÉDICO GULF COAST** se esfuerza por proporcionar a nuestros pacientes cualquier tipo de prueba de diagnóstico que pueda necesitar, ciertas compañías de seguros tienen instalaciones específicas, debe acudir a ciertas pruebas, *es decir*, laboratorio, procedimientos de rayos X. Es su responsabilidad verificar que los procedimientos realizados en **CENTRO MÉDICO GULF COAST** están cubiertos por su póliza de seguro. En última instancia, el paciente es responsable de cualquier saldo debido a la razón indicada anteriormente.
7. **MEDICARE / MEDIGAP, BLUE CROSS / BLUE SHIELD U OTROS SEGUROS DE SALUD:** Por la presente autorizo **SMS, DO, PA, d / b / a GULF COAST MEDICAL CENTER** para solicitar Medicare / Medigap y otros beneficios de seguro médico en mi nombre. Por la presente solicito que los reembolsos de cualquier seguro aplicable se realicen directamente a **SMS, DO, PA, d / b / a GULF COAST MEDICAL CENTER**. Certifico que la información que he proporcionado con respecto a mi compañía de seguros es correcta. Autorizo la divulgación de mi información médica a mi compañía de seguro médico y a los agentes de la HCFA (Administración de Finanzas y Atención Médica), así como cualquier otra información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Por la presente autorizo que los beneficios de Medigap se realicen en mi nombre para **SMS, DO, PA, d / b / a GULF COAST MEDICAL CENTER**. Entrego a cualquier titular de Medicare información sobre mí a mis compañías de seguros, necesaria para determinar los beneficios pagaderos por los servicios relacionados.
8. **ABOGADO DE REGISTRO:** Autorizo a mi abogado a liberar a **SMS, DO, PA, d / b / a GULF COAST MEDICAL CENTER** cualquier información que detalle mi caso, el estado del caso o la resolución del caso en relación con la fecha del accidente _____ y los servicios médicos prestados.
9. **AUTORIZACIÓN PARA APELAR LA DETERMINACIÓN:** Autorizo al Departamento de Facturación de **SMS, DO, PA, d / b / a GULF COAST MEDICAL CENTER** actuar en mi nombre, como Representante Designado, para apelar la determinación de mi compañía de seguros, si es necesario. Entiendo que las comunicaciones pueden contener información médica y financiera confidencial, que incluye, entre otros, tratamiento para enfermedades venéreas, alcoholismo y abuso de drogas, aborto, trastorno mental y estado de VIH relacionado con mi examen, tratamiento y hospitalización en relación con la determinación. que está siendo apelada. Entiendo que la información confidencial solo se divulgará según se especifica en la autorización o según lo permita la ley. Esta autorización es válida por un período de un año.
10. **CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIAR:** Entiendo que los servicios prestados por **SMS, DO, PA, d / b / a GULF COAST MEDICAL CENTER** puede ser fotografiado. Las fotografías se utilizan para ayudar en las capacitaciones y también como una herramienta importante de los servicios prestados. Entiendo que mi información e identidad permanecerán confidenciales y protegidas.
11. **CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LLAMADAS AUTOMATIZADAS:** Doy mi consentimiento para recibir llamadas automáticas de **SMS, DO, PA, d / b / a GULF COAST MEDICAL CENTER** para mi atención médica protegida y otros servicios a los números de teléfono que figuran en el frente de este formulario, incluido mi número de teléfono móvil proporcionado. Entiendo que mi proveedor de servicios inalámbricos puede cobrarme por dichas llamadas y que dichas llamadas pueden ser generadas por un sistema de marcación automática.
12. **LA POLÍTICA DE ESTA INSTALACIÓN ES LLAMAR AL 911 PARA TODAS LAS EMERGENCIAS DENTRO DEL CENTRO MÉDICO.**

EL SIGUIENTE FIRMA HACE LOS SIGUIENTES RECONOCIMIENTOS Y ACUERDOS CON RESPECTO AL TRATAMIENTO MÉDICO QUE SE PROPORCIONARÁ POR SMS, DO, PA, D / B / A GULF COAST MEDICAL CENTER Y CUALQUIERA DE SUS AGENTES DEBIDAMENTE AUTORIZADOS AL PACIENTE CUYO NOMBRE APARECE.

HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE LOS RECONOCIMIENTOS Y ACUERDOS ANTERIORES. TAMBIÉN ENTIENDO QUE ES UN DELITO LLENAR ESTE FORMULARIO CON HECHOS QUE SÉ QUE SON FALSOS O DEJAR HECHOS QUE SÉ QUE SON IMPORTANTES.

FIRMA DEL PACIENTE / TUTOR / PADRE

FECHA

TESTIGO

NÚMERO DE CUENTA

AVISO DE POLÍTICA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD FIRMADO

FECHA ESCANEADA: _____

INICIALES: _____