Costa del Golfo Médico Centro

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE NUEVO

POR FAVOR TENGA TODAS LAS TARJETAS DE SEGURO Y LICENCIA DE CONDUCIR O IDENTIFICACIÓN CON FOTO LISTA PARA COPIAR.

FECHA: _____ N.° DE CUENTA: _____

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

SEXO: ☐ FEMENINO ☐ 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 A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: NO DESEA SER CONTACTADO ☐ SÍ, ME GUSTARÍA SER CONTACTADO POR CORREO ELECTRÓNICO Y UTILIZAR LAS FUNCIONES EN LÍNEA PROPORCIONADAS POR GCMC

ESTADO CIVIL: ☐ CASADO ☐ SOLTERO ☐ DIVORCIADO ☐ VIUDO ☐ PAREJA

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

☐ PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA ☐ VISIÓN DETERMINADA

¿TIENE UNA DIRECTIVA ANTICIPADA? ☐ SÍ ☐ NO ¿QUIERE INFORMACIÓN RELATIVA A LAS DIRECTIVAS ANTICIPADAS? ☐ SÍ ☐ NO

ESTÁ USTED EMPLEADO: ☐ SÍ ☐ NO ☐ JUBILADO ☐ ALUMNO

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

FARMACIA PREFERIDA: _____ TELÉFONO DE FARMACIA PREFERIDA: _____

EN CASO DE EMERGENCIA, CONTACTE:

NOMBRE: _____, _____, _____ RELACIÓN: _____
(Último) (Primero) (Medio)

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

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

¿ES EL PACIENTE LA PARTE FINANCIERAMENTE RESPONSABLE? ☐ **SÍ** ☐ **NO** **EN CASO NO, COMPLETE ESTA SECCIÓN:**

RELACIÓN_____ SEXO: MASCULINO ☐ ☐ FEMENINO TELÉFONO DURANTE EL DÍA: _____

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

INFORMACIÓN DEL SEGURO: (POR FAVOR PROPORCIONE SU TARJETA DE SEGURO A LA RECEPCIONISTA.)

¿ESTÁS ASEGURADO? ☐ SÍ ☐ NO

NOMBRE DEL SEGURO/TITULAR DE LA TARJETA: _____, _____, _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____
(Último) (Primero) (Medio)

COMPAÑÍA DE SEGUROS_____ ID#: _____ GRUPO#: _____ TELÉFONO: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO:

NOMBRE DEL SEGURO/TITULAR DE LA TARJETA: _____, _____, _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____
(Último) (Primero) (Medio)

COMPAÑÍA DE SEGUROS_____ ID#: _____ GRUPO#: _____ TELÉFONO: _____

¿EL MOTIVO DE LA VISITA DE HOY ES EL RESULTADO DE UN ACCIDENTE? ☐ **SÍ** ☐ **NO** **EN CASO SÍ, POR FAVOR NOTIFIQUE A LA RECEPCIONISTA INMEDIATAMENTE**

POR FAVOR LEA Y REGRESE A FIRMAR

FECHA DE ESCANEO: _____ INICIALES: _____ NÚMERO DE CUENTA: _____

Gulf Coast Medical Center

Copyright © 2024 Gulf Coast Medical Center

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, tratamiento y procedimientos médicos serán realizados por médicos autorizados y/o empleados de**SMS, DO, PA, d/b/a CENTRO MÉDICO DE LA COSTA DEL GOLFO**durante el horario de atención publicado. Entiendo que sólo se está brindando tratamiento médico y por la presente otorgo mi autorización y consentimiento para dicho tratamiento y procedimientos, y certifico que no se ha dado ninguna garantía o seguridad sobre los resultados que se puedan obtener. Entiendo y reconozco que**CENTRO MÉDICO DE LA COSTA DEL GOLFO**es un centro de enseñanza.

2. **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE MENOR:**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 RECETADOS (PDMD):**El paciente otorga permiso a Gulf Coast Medical Center y a sus proveedores y/o personas designadas como proveedores que prescriben para consultar el Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados antes de dispensar recetas de todas las sustancias controladas para revisar el historial de dispensación, según lo exige el Estado de Florida (Proyecto de Ley 21 de la Cámara de Representantes de Florida [2018]).

4. **RESPONSABILIDAD FINANCIERA:**Por y en consideración de la atención y el tratamiento brindados al paciente, prometo pagar**SMS, DO, PA, d/b/a CENTRO MÉDICO DE LA COSTA DEL GOLFO**todos los cargos por los servicios prestados al paciente o en su nombre. Cualquier servicio que no esté cubierto por el seguro es responsabilidad de los pacientes y deberá pagarse 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 cobro de cualquier monto adeudado.**SMS, DO, PA, d/b/a CENTRO MÉDICO DE LA COSTA DEL GOLFO**, para incluir honorarios razonables de abogados y costas judiciales.

5. **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA:**Por la presente autorizo**SMS, DO, PA, d/b/a CENTRO MÉDICO DE LA COSTA DEL GOLFO**divulgar cualquier información médica, en relación con estos servicios, solicitada con respecto al procesamiento de mi reclamo o a mi médico personal, compañía de seguros y/o abogado registrado con la divulgación correspondiente. Entiendo que compartir mi información de salud de forma bidireccional puede mejorar la coordinación y la calidad de mi atención al permitir que los proveedores de atención médica accedan a la información oportuna y precisa necesaria para tomar decisiones informadas sobre mi tratamiento.

6. **PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO:**Tenga en cuenta las exclusiones de SU póliza de seguro con respecto a las pruebas de diagnóstico. A pesar de**CENTRO MÉDICO DE LA COSTA DEL GOLFO**se esfuerza por brindar a nuestros pacientes cualquier tipo de prueba diagnóstica que pueda necesitar, ciertas compañías de seguros tienen instalaciones específicas, usted debe acudir a ciertas pruebas,*es decir,*laboratorio, procedimientos de rayos X. Es su responsabilidad verificar que los procedimientos realizados en**CENTRO MÉDICO DE LA COSTA DEL GOLFO**están cubiertos por su póliza de seguro. En última instancia, el paciente es responsable de cualquier saldo debido al motivo indicado anteriormente.

7. **MEDICARE/MEDIGAP, BLUE CROSS/BLUE SHIELD U OTROS SEGUROS MÉDICOS:**Por la presente autorizo**SMS, DO, PA, d/b/a CENTRO MÉDICO DE LA COSTA DEL GOLFO**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 CENTRO MÉDICO DE LA COSTA DEL GOLFO.**Certifico que la información que he proporcionado con respecto a mi compañía de seguros es correcta. Autorizo la divulgación de información médica sobre mí a mi compañía de seguro médico y a los agentes de 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 a**SMS, DO, PA, d/b/a CENTRO MÉDICO DE LA COSTA DEL GOLFO.** Cedo a cualquier titular de información de Medicare 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 CENTRO MÉDICO DE LA COSTA DEL GOLFO**cualquier información que detalla mi caso, el estado de mi caso o el acuerdo 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 CENTRO MÉDICO DE LA COSTA DEL GOLFO** 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, incluidos, entre otros, tratamientos para enfermedades venéreas, alcoholismo y abuso de drogas, abortos, trastornos mentales y estado de VIH relacionados con mi examen, tratamiento y hospitalización en relación con la determinación. que se encuentra apelado. Entiendo que la información confidencial solo se divulgará según lo especificado en la autorización o según lo permita la ley. Esta autorización tiene una validez de un año.

10. **CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIAR:**Entiendo que los servicios realizados por**SMS, DO, PA, d/b/a CENTRO MÉDICO DE LA COSTA DEL GOLFO**puede ser fotografiado. Las fotografías se utilizan para ayudar en las capacitaciones y también como una herramienta importante de los servicios brindados. Entiendo que mi información e identidad permanecerán confidenciales y protegidas.

11. **CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LLAMADAS AUTOMATIZADAS:**Doy mi consentimiento para recibir llamadas automáticas de S**.MS, DO, PA, d/b/a CENTRO MÉDICO DE LA COSTA DEL GOLFO** 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 inalámbrico proporcionado. Entiendo que mi proveedor de servicios inalámbricos me puede cobrar por dichas llamadas y que dichas llamadas pueden ser generadas por un sistema de marcación automatizado.

12. **LA POLÍTICA DE ESTA INSTALACIÓN ES LLAMAR AL 911 PARA TODAS LAS EMERGENCIAS DENTRO DEL CENTRO MÉDICO.**

EL ABAJO FIRMANTE POR EL PRESENTE HACE LOS SIGUIENTES RECONOCIMIENTOS Y ACUERDOS CON RESPECTO AL TRATAMIENTO MÉDICO QUE DEBE PROPORCIONAR SMS, DO, PA, D/B/A GULF COAST MEDICAL CENTER Y CUALQUIERA DE SUS AGENTES DEBIDAMENTE AUTORIZADOS AL PACIENTE CUYO NOMBRE APARECE EN ESTE FORMULARIO.

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 FALDOS O OMITIR HECHOS QUE SÉ QUE SON IMPORTANTES.

_____ _____

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR/PADRE FECHA

_____ _____

TESTIGO NÚMERO DE CUENTA

☐ AVISO DE POLÍTICA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD FIRMA FECHA ESCANEADA: _____ INICIALES: _____

Gulf Coast Medical Center

Copyright © 2024 Gulf Coast Medical Center