



Formulario de registro del paciente(imprimir solo en tinta negra) Telefono: 256-273-6827 Fax: 256-273-6828

Apellido:		Nombre:	M.I.:	Nombre anterior (si corresponde):
Dirección:		Apt #:		
Ciudad/Estado/Código Postal:				
Telefono:		Telefono Celular:		Telefono de Empleo:
Método preferido de contacto para llamadas recordatorias y otros mensajes generados electrónicamente: (Seleccione solo una opción) <input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> Texto				Si es voz, seleccione el número preferido: <input type="checkbox"/> Telefono <input type="checkbox"/> Telefono Celular <input type="checkbox"/> Trabajo
Fecha De Nacimiento:		Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Estado civil:
Médico de familia o pediatra:				
Nombre del empleador:			Nombre del contacto de emergencia:	
Contacto de emergencia #:			Relación con paciente:	
Parte responsable: si el paciente es menor de edad (menor de 18 años), el padre o tutor que traiga al paciente aparecerá como garante				
Apellido:			Nombre:	
Fecha de Nacimiento:			Telefono Celular:	
Dirección de la persona responsable:				
Ciudad/Estado/Código Postal:			Relación con paciente:	
Información adicional (POR FAVOR LLENE TODAS LAS SECCIONES A CONTINUACIÓN)				
Dirección de correo electrónico:			¿Podemos dejar un mensaje sobre su atención médica y los resultados de las pruebas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Origen étnico de su hijo (a): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativa hawaiana o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no responder			Etnia (seleccione uno): <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Decline	
Idioma preferido (seleccione uno): <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Bosnio <input type="checkbox"/> Indio (incluyendo Hindi y Tami) <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro				
Nombre y ubicación de la farmacia preferida:				
Seguro Medico Primario			Seguro Medico Segundo	

<b>En s. Nombre del Co.</b>	<b>En s. Nombre del Co.</b>
<b>Nombre del titular de la póliza:</b>	<b>Nombre del titular de la póliza:</b>
<b>Fecha de nacimiento del titular de la póliza::</b>	<b>Fecha de nacimiento del titular de la póliza:</b>
<b>Relación del paciente con el titular de la póliza:</b>	<b>Relación del paciente con el titular de la póliza:</b>

Certifico que he leído y acepto la política de pago de Encore Medical Spa & Family Medicine. Soy elegible para el seguro indicado en este formulario y entiendo que el pago es mi responsabilidad independientemente de la cobertura del seguro. Por la presente, asigno a Encore Medical Spa & Family Medicine todo el dinero al que tengo derecho para gastos médicos relacionados con los servicios prestados ocasionalmente por Encore Medical Spa & Family Medicine, pero sin exceder mi deuda con Encore Medical Spa & Family Medicine. Autorizo a Encore Medical Spa & Family Medicine a divulgar cualquier información médica a mi compañía de seguros o pagador externo para facilitar el procesamiento de mis reclamos de seguro. Entiendo que si no se pagan los saldos pendientes dentro de los 90 días posteriores a la notificación del monto adeudado, se presentará a una agencia de cobranza externa. Se cobrará una tarifa de \$ 35.00 por cheques devueltos por cheques devueltos debido a fondos insuficientes. Elijo recibir comunicaciones EMSAFM por mensaje de texto o correo electrónico al número o dirección indicados anteriormente, incluidas, entre otras, comunicaciones sobre citas, tratamiento y pago. Entiendo que dichos correos electrónicos y textos pueden no ser seguros y existe el riesgo de que un tercero los lea.

**BENEFICIARIOS DE MEDICARE: solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice a EMSAFM. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a CMS y sus agentes mi información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.**

Firma de la parte responsable x \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre impreso de la parte responsable x \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO PARA TRATAR EL FORMULARIO

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento, o para un niño menor a quien tengo autoridad para firmar, para recibir atención ambulatoria de Encore Medical Spa y Family Medicine. Esto implica abarcar los procedimientos de diagnóstico de rutina, el examen y el tratamiento médico, incluidos (entre otros) el trabajo de laboratorio de rutina y la administración de medicamentos, según lo ordene un proveedor. Este consentimiento incluye mi permiso para todos los servicios médicos prestados bajo las instrucciones generales o específicas de un proveedor; incluido el tratamiento por parte de un proveedor de nivel medio (practicante de enfermería o asistente médico) y otros proveedores de atención médica o los designados por el director de un médico, según se considere razonable y necesario. Entiendo que durante el curso del tratamiento, los trabajadores de la salud pueden estar expuestos a la sangre y / o fluidos corporales del paciente, lo que aumenta su riesgo de contraer hepatitis B, hepatitis C y / o VIH. En el caso de que se produzca una exposición, entiendo la necesidad de realizar pruebas para estas enfermedades y estoy de acuerdo con tales pruebas de mí mismo o del menor en el que represento para promover la salud y el bienestar del trabajador de la salud. Entiendo que este consentimiento será válido y permanecerá vigente mientras asista a la clínica.

Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de la información de salud protegida de mí / el paciente con el fin de obtener el pago por los servicios prestados a mí / el paciente, el tratamiento y las operaciones de atención médica de conformidad con el Aviso de prácticas de privacidad de Encore Medical Spa y medicina familiar.

Doy permiso para obtener todo mi historial de medicamentos / recetas cuando uso un sistema electrónico para procesar recetas para mi tratamiento médico.

Las siguientes personas tienen mi permiso para autorizar la atención médica de mi hijo y firmar las exenciones necesarias en mi nombre.

Nombre	Relacion

Por la presente doy mi consentimiento para tratar al niño menor a continuación, que es menor de 18 años, para recibir atención médica y / o tratamiento de los proveedores de Encore Medical Spa y Family Medicine.

**Solo para pacientes de 16 a 18 años de edad:**

Cualquier atención que se considere médicamente necesaria puede brindarse sin mi presencia.  Sí  No

Firma del tutor legal: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

-----**O**-----

Autorizo a Dr. Sherrill o cualquier proveedor de Encore Medical Spa and Family Medicine para que brinde atención médica a mi hijo. En el caso de que mi hijo sea llevado a la clínica por alguien que no sea un tutor legal o yo, no autorizo que mi hijo sea tratado en mi ausencia. Entiendo que al firmar a continuación, mi hijo no será tratado a menos que un padre o tutor legal esté presente.

Firma: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PARA ADULTOS DE 18 AÑOS Y MAYORES:** Por la presente doy mi consentimiento a Dr. Sherrill o cualquier otro proveedor de Encore Medical Spa y Family Medicine para que me brinden atención médica. Fecha de firma: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD**

Entiendo que la información de salud protegida puede usarse y divulgarse para realizar tratamientos, pagos y / o operaciones de atención médica. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de leer y revisar una copia completa del Aviso de privacidad de Encore Medical Spa and Family Medicine con una descripción completa de dichos usos y entiendo que tenía derecho a revisar el aviso de privacidad antes de firmar a continuación. Entiendo que tengo derecho a solicitar que esta oficina restrinja cómo se usa mi información, pero esta oficina puede no estar de acuerdo con las restricciones solicitadas. Tengo derecho a revocar esta autorización y consentimiento, por escrito, en cualquier momento.

Esta oficina se reserva el derecho de enmendar la política de privacidad, ya sea requerido por ley o de otra manera, y se puede obtener un aviso revisado llamando a nuestra oficina o viniendo físicamente a nuestra oficina.

Autorizo a esta oficina a dejar mensajes en mi contestador automático con respecto a la información de salud protegida:  Sí  No

**AUTORIZACIÓN DE PARTE DESIGNADA PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA (OPCIONAL)**

Algunos pacientes prefieren que otras personas, especialmente los miembros de la familia, tengan acceso a su información médica. Para cumplir con los estrictos estándares legales, se requiere un comunicado por escrito para permitir que otra persona acceda a sus registros médicos.

Esta versión otorga permiso a las personas que se enumeran a continuación para: Hacer o confirmar citas, tener acceso a radiografías y hallazgos de laboratorio, recoger medicamentos de muestra, conocer su diagnóstico, pronóstico y planes de tratamiento, y servir como su contacto de emergencia. Este permiso se aplica a los mensajes del teléfono y del contestador automático, así como a otros medios de comunicación, y estará vigente a menos que notifique a esta oficina de cualquier cambio o revocación.

1. Parte designada: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

¿Debería esta persona también poder hacer consultas o pagar saldos en mi cuenta?  Sí  No

2. Parte designada: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

¿Debería esta persona también poder hacer consultas o pagar saldos en mi cuenta?  Sí  No

3. Cualquier atención médica y / o servicios de laboratorio que se consideren necesarios para mi continuación de la atención, según lo indique mi proveedor de Encore Medical Spa y Family Medicine, se puede compartir con las personas designadas.  Sí  No

Fecha de firma: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



### Autorización para obtener información médica

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ por la presente autorizo la divulgación de información médica

A:

**Dirección de Encore Medical Spa and Family Medicine:** 1202 Gault Ave North, Fort Payne, AL 35967

De:

Doctor / Clínica / Hospital: \_\_\_\_\_

Habla a: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

Libere lo siguiente:

Toda la información de salud (incluidas las tablas de crecimiento y los registros de vacunación)  Historia / examen físico  Prueba de diagnóstico  Notas de progreso  Prueba radiológica o prueba de imagen  Resumen de alta  Reporte de laboratorio  Informes de consulta  Prueba patológica  Otra especificar):  
\_\_\_\_\_

También doy mi consentimiento para la divulgación específica de los siguientes registros:

<input type="checkbox"/> Drogas/alcohol/abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> Salud psiquiátrica/mental
<input type="checkbox"/> Prueba de anticuerpos contra el VIH	<input type="checkbox"/> Diagnóstico y tratamiento Información genética

Propósito de la divulgación:  Tratamiento/Atención médica continua  Coordinación de la atención

**REVOCACIÓN:** Esta autorización para divulgar información confidencial puede ser revocada por mí, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas. De lo contrario, esta autorización será válida durante 1 año a

partir del día en que se firme. Autorizo la transmisión de mis registros de salud en situaciones donde esta información es necesaria para la atención continua.

Una fotocopia o facsímil de esta autorización se considerará tan efectiva como válida como la original. Me han informado sobre mi derecho a recibir una copia de esta autorización.

Fecha de firma: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente:

Nombre del testigo: \_\_\_\_\_ Firma del testigo: \_\_\_\_\_

**\*Envíe los registros por fax al 256-273-6828 o envíelos por correo a la dirección anterior. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 256-273-6827.**



### **Política Financiera y de Privacidad**

Gracias por elegir Encore Medical Spa y Family Medicine como su proveedor de atención médica. Las siguientes pautas se han establecido para ayudarlo a comprender nuestras expectativas sobre nuestros servicios.

**Asignación de beneficios (al firmar esto, declara que)** Por la presente, asigno y autorizo el pago directamente a Encore Medical Spa y Family Medicine todos los beneficios pagaderos bajo los términos de cualquier póliza de seguro si el seguro es presentado por esta oficina. Comprendo que los beneficios del seguro pueden no pagar la factura completa y acepto pagar la diferencia o la factura completa si es necesario. Autorizo la divulgación de cualquier información médica y de medicamentos necesaria para procesar mis reclamos de seguro o para continuar con mi atención médica.

#### **Pago Completo**

Usted es responsable de su copago, cualquier deducible no cubierto y "coseguro" que su plan de seguro considere su responsabilidad.

#### **Reclamos de seguro**

Como cortesía para nuestros pacientes, archivarémos sus reclamos de seguro primario y secundario. Para que podamos brindar este servicio, necesitamos copiar su tarjeta de seguro más reciente y una identificación con foto. Cualquier pago de su compañía de seguros vendrá a Encore Medical Spa y Family Medicine por nuestros servicios cuando lo solicitemos. Recuerde que la cobertura de seguro es un contrato entre el paciente y la compañía de seguros; por lo tanto, cualquier pago o deducible se debe al momento de su cita. Usted será responsable de los servicios no cubiertos. Si el pago de su seguro no se recibe dentro de los 60 (sesenta) días, el saldo se le asignará automáticamente para el pago y deberá abonarse de inmediato.

#### **Reembolso habitual y acostumbrado**

Se requerirá antes del servicio. Usted acepta y renuncia a todos los derechos de reclamar bienes personales exentos según las leyes del estado de Alabama.

#### **Citas perdidas**

Si pierde más de una cita (sin reprogramar por adelantado) se le cobrará una tarifa de "No Show" de \$ 20 que debe pagarse antes de venir para una nueva visita. Esta tarifa es de \$ 50 por procedimientos en la oficina.

#### **HIPAA**

Reconozco que me han ofrecido y recibido una copia de la política de HIPAA.

Si tiene alguna pregunta sobre la política financiera y de HIPAA, será un placer responderlas por usted.

Firma X \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### **Recibo de Aviso de Privacidad**

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Encore Medical Spa & Family Medicine.

Firma del paciente o tutor legal:

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma \_\_\_\_\_

Nuestros cargos (tarifas) se han establecido para reflejar con precisión la complejidad de la atención prestada y la habilidad y experiencia requeridas para su atención. Le aseguramos que nuestras tarifas reflejan lo que es habitual y habitual. Si el programa de tarifas de su compañía de seguros cae por debajo del nivel de cargo, usted será responsable del pago completo (a menos que tengamos un contrato por escrito con su compañía de seguros).

#### **Auto Pago**

Se le exige que pague en su totalidad cuando se prestan los servicios si no tiene seguro. Cualquier arreglo de pago debe hacerse antes de ver al médico.

#### **Política de cobranza**

Si su cuenta se vuelve morosa y se envía a una agencia o abogado externo para su cobro, usted será responsable de todos los costos, incluidos los honorarios de la agencia, los honorarios de los abogados, los costos judiciales y cualquier otro gasto relacionado. Su cuenta cambiará a un estado de "solo efectivo" y prepago

#### **SÓLO PARA USO DE OFICINA**

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de Políticas de Privacidad, pero se pudo obtener un acuse de recibo porque:

- El individuo se negó a firmar
- Barreras de comunicación prohibidas obtuvieron el reconocimiento
- Una situación de emergencia nos impidió obtener reconocimiento
- Otra especificar)

---

