

NUEVO PACIENTE FORMA DE REGISTRO

FECHA: [Date]		PCP:	
Apellido Paterno:	Nombre(s):	Apellido materno:	Estado civil:
Nombre de soltera:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo: ☐ ☐
		Masculino Femenino	
Dirección: [P.O Box, Ciudad, Estado, Código postal]		Correo electrónico (e-mail):	

Número de seguro social (SSN):

Teléfono casa:

Teléfono celular:

Ocupación:

Lugar de trabajo:

Teléfono de trabajo:

Etnicidad y raza:

- ☐ Blanco
 ☐ Negro/Afro-Americano
 ☐ Hispano/Latino
 ☐ Asiático
 ☐ Nativo Americano/Nativo de Alaska
☐ Nativo Hawaiano o de otra isla del Pacífico
 ☐ No-Hispano/Latino

FARMACIA FAVORITA:

TELÉFONO:

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

(POR FAVOR MUESTRE LA TARJETA A LA RECEPCIONISTA.)

Nombre de la aseguradora principal:

Nombre del suscriptor:	S.S.N. del suscriptor:	Fecha de nacimiento:	Grupo No.:	Póliza No.:
------------------------	------------------------	----------------------	------------	-------------

Relación del paciente con el suscriptor:

Aseguradora Secundaria (si hay):	Nombre del suscriptor:	Grupo No.:	Poliza No.:
----------------------------------	------------------------	------------	-------------

Relación del paciente con el suscriptor:

CONTACTO DE EMERGENCIA

Contacto de emergencia #1:	Relación con el paciente:	Teléfono hogar:	Teléfono trabajo:
Contacto de emergencia #2:	Relación con el paciente:	Teléfono hogar:	Teléfono trabajo:

La información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Autorizo que las prestaciones se paguen directamente al médico. Entiendo que soy responsable financieramente por cualquier balance. También autorizo a ARIZONA LIVER HEALTH o compañía de seguros a liberar cualquier

información necesaria para procesar mi reclamo.

Firma del Paciente/ Padre o Tutor

Fecha

ente:



Alergias

Enfermedades

Cirugías & hospitalizaciones previas	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

[illegible]

Nombre del paciente:



Notificación de nuestras prácticas de información médica.

Arizona Liver Health participa en (HIE) que es un intercambio de información médica sin fines de lucro, que no es del gobierno, llamada Health Current. Es totalmente gratis y puede ayudar a su médico y proveedores de salud a hacer planes para coordinar mejor su cuidado al compartir su información médica de forma segura.

Reconozco haber recibido y leído la notificación de las prácticas de Información médica. Entiendo que mi proveedor de cuidados médicos participa en Health Current, Arizona's health information exchange (HIE). Entiendo que mi información médica puede ser compartida de forma segura a través de HIE, a menos que yo llene y entregue a mi proveedor de cuidados médicos la forma Opt Out Form para rehusar participar.

Firma del paciente o su representante

_____/_____/_____
Fecha:

Nombre del paciente o su representante (impreso)

_____/_____/_____
Fecha:

Notificación de prácticas respecto a base de datos para investigación.

Arizona Liver Health participa en un servicio de base de datos para investigación (saas) llamado CRIO administrado por el Institute for Liver Health (ILH). No tiene costo para usted y se utiliza para encontrar posibles ensayos clínicos que podrían beneficiar al participante al compartir de forma segura su información médica.

Reconozco haber recibido información respecto a la funcionalidad de base de datos para investigación. Entiendo que mi información médica puede ser compartida de forma segura a la base de datos para investigación y será usada para encontrar estudios clínicos en los que yo podría participar. Reconozco que la información médica puede ponerse al día en la base de datos de investigación hasta que yo decida (opt out) dejar de participar. (Aunque cualquier información médica previamente almacenada en la base de datos de investigación se conservará).

Firma del paciente o su representante

_____/_____/_____
Fecha:

Nombre impreso del paciente o su representante

_____/_____/_____
Fecha:

Nombre del paciente:



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Número de contacto

Dirección del paciente:

Ciudad

Estado

Código Postal

Por medio de la presente autorizo:

(Proveedor, Hospital, Servicio de urgencias, etc.)

Fax

Dirección

Ciudad, Estado, Código postal

Teléfono

Divulgar información a:

Arizona Liver Health
2201 W Fairview Street, Ste
Chandler, AZ 85224
Phone: 480-470-4000 | Fax: 480-686-8875

☐ Para:

Q

☐ Todos los expedientes:

Los expedientes médicos pueden incluir información relacionada con el VIH, enfermedades contagiosas, abuso de drogas/alcohol, diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales.

- ☐ YO autorizo la liberación de este tipo de información.
☐ YO NO autorizo la liberación de este tipo of información.

Entiendo que:

- Puedo revocar esta autorización, excepto con respecto a lo que ya se haya utilizado.
- El tratamiento no está condicionado a que yo provea esta autorización a menos que el cuidado médico sea solamente para el propósito de crear información médica protegida para reportarlo a terceros.
- Una vez que esta información es liberada, podría ser re-liberada por el recipiente y podría no ser ya información protegida.
- Yo puedo tener una copia firmada de esta autorización en mi expediente personal.

Pacientes: Esta forma permite a nuestra oficina solicitar archivos médicos a su favor de otros médicos, hospitales, y proveedores de cuidado médico para coordinar su cuidado de forma más efectiva. Por favor llene esta forma lo mejor que pueda. Por favor asegúrese de firmarla y

ponerle fecha.

Firma del paciente o representante.

Nombre del paciente:



ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Arizona Liver Health (ALH) está comprometido a proteger su privacidad y asegurar que su información medica sea usada y liberada de forma apropiada. Esta notificación de prácticas de privacidad identifica las posibilidades y distribución de su información médica por nuestra oficina y describe sus derechos respecto a su información médica. Por favor firme esta forma al calce indicando acuso de recibo de nuestras prácticas de privacidad. Hay una copia de la notificación de prácticas de privacidad en nuestro sitio de la red en www.azliver.com bajo Políticas de privacidad y dentro del letrero Clinic.

Acuso haber recibido/revisado una copia de la notificación de las prácticas de privacidad de Arizona Liver Health.

Impreso nombre del paciente o su representante

Fecha

Firma del paciente o representante

Fecha

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Responsabilidad financiera del paciente: Como cortesía vamos a enviar facturas a sus compañías de seguro principal y secundaria. Para hacerlo correctamente, usted deberá develar toda la información de sus planes de seguro médico principal y secundario, así como también cualquier cambio en la información de su aseguradora. Fallo en proveer información correcta, completa y oportuna podría resultar en que usted sea responsable por el total del adeudo.

Co-pagos, deducibles, balances pendientes: Co-pagos, deducibles, y balances que no cubre el seguro deben pagarse antes de que se lleven a cabo los servicios. Incapacidad de pagar al momento de recibir servicios puede resultar en que tengamos que cambiar su cita. El pago puede hacerse con cheque, efectivo, tarjetas de crédito: MasterCard, VISA, y Discover.

Balances: Nuestra oficina de cobros le informará de cualquier balance a pagar a través de las siguientes formas de comunicación (email, texto, y/o correo postal). Esto incluirá toda la actividad en su cuenta incluyendo nuestros cargos, pagos, ajustes contratados con su aseguradora y los pagos que usted haya hecho. Por favor tenga en cuenta que si por cualquier razón el banco regresa un cheque personal suyo se le hará un cargo extra. Por favor tome en cuenta que fallo en pagar balances pendientes que son su responsabilidad podría resultar en tener que cambiar sus próximas citas hasta que el balance haya sido pagado en su totalidad. Además, cualquier balance no pagado podría: (a) retrasar la programación de sus siguientes citas; (b) se podría enviar su cuenta a una agencia de cobranza o un abogado de cobranzas que nosotros seleccionemos; (c) que lo reportemos a alguna agencia de crédito externa.

Referencias: Los planes de algunas agencias de seguro requieren una referencia para visitar a un especialista. Es responsabilidad suya obtener esa referencia de su médico de cabecera. Si este es su caso, las referencias deben ser presentadas al momento en que se le proporcione el servicio. Como cortesía, haremos el esfuerzo de obtener su referencia y autorización previa. Si usted necesita enviarnos por fax su referencia nuestra oficina le dará nuestro número. Si su plan de seguro requiere que usted tenga una referencia u otro tipo de autorización, y usted no nos lo proporciona, su cita tendrá que re-programarse o de ser posible el servicio proporcionado en esa fecha será procesado sin prestaciones (opt out).

Para pacientes que pagan por si mismos, el pago debe hacerse al llegar. Se espera que el balance de la cuenta sea pagado en su totalidad.

Autorización del paciente: Con mi firma al calce:

- Yo autorizo a ALH y a sus médicos, empleados, laboratorios y localidades asociadas con ALH a liberar la información médica necesaria y otra información adquirida en el transcurso de mi examen y/o tratamiento a las compañías de seguro que lo requieran, pagadores externos y/o otros médicos o entidades médicas que requieran participar en mi cuidado.
- Yo asigno mis prestaciones financieras directamente a ALH por todos los artículos y servicios proporcionados a favor de ALH, hasta el máximo permitido por la ley. Entiendo que soy financieramente responsable por los costos que no cubra esta asignación.

He leído, entiendo y estoy conforme con el plan de responsabilidad financiera del paciente:

X _____
(Impreso) Nombre del paciente

X _____
Firma del paciente o tutor

X _____
Fecha de nacimiento

X _____
Fecha



APELACIONES Y AUTORIZACIONES PREVIAS

Autorizo a Arizona Liver Health a solicitar a mi favor una autorización previa por cualquier medicamento, laboratorio, procedimiento, etc. También autorizo a Arizona Liver Health a hacer apelaciones a mi favor debido a una determinación denegada de mi compañía de seguro. Estoy consciente que esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de la firma. Puedo contactar a Arizona Liver Health con cualquier pregunta.

Impreso Nombre del paciente o representante

Firma del paciente o representante

Fecha