



FORMULARIO DE REGISTRO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | |
|----------------|---------------------|-------------------------|------------------------|
| Apellido: | Nombre: | Fecha de nacimiento: | M / F: (circule uno) |
| Dirección: | | Ciudad: | Estado: Código Postal: |
| Seguro Social: | Número de teléfono: | Número de celular: | |
| Ocupación: | Empleador: | Teléfono del empleador: | |

Debido a las regulaciones de HIPAA, estamos obligados a tener el nombre de la persona que estamos autorizados para discutir sus problemas de atención médica, en caso de un asunto crítico o emergencia. (Para pacientes mayores de 18 años)

acuerdo

desacuerdo

Nombre autorizado Número de teléfono Relación

INFORMACIÓN DEL SEGURO

PROVEEDOR PRIMARIO de seguro médico:

| | | | |
|------------------------|----------------------|--------------|-------------|
| Nombre del suscriptor: | Fecha de nacimiento: | # de póliza: | # de grupo: |
|------------------------|----------------------|--------------|-------------|

Relación del paciente con el suscriptor:

| | | | |
|-----------------------|---|--|--|
| Relación al paciente: | Seguro social del suscriptor (requerido para TriCare): | Garante (persona responsable de la factura): | Sexo: |
| | | | <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F |

| | | | |
|---|------------------------|--------------|-------------|
| SECUNDARIA compañía de seguros(si corresponde): | Nombre del suscriptor: | # de póliza: | # de grupo: |
|---|------------------------|--------------|-------------|

Relación del paciente con el suscriptor:

| | | | |
|------------------------------------|---|---|---|
| Titular de póliza: | Fecha de nacimiento: | Dirección (si es diferente): | Número de teléfono de la casa: |
| ¿Es esta persona un paciente aquí? | <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | ¿Esta visita se debe a la compensación de los trabajadores? | <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No |

EN CASO DE EMERGENCIA

| | | | |
|---|---------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Nombre de amigo o pariente local (que no viva en la misma dirección): | Relación con el paciente: | Número de teléfono de la casa: | Número de teléfono del trabajo: |
|---|---------------------------|--------------------------------|---------------------------------|

La información anterior es verdadera. Autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a Lanier Urgent Care o compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

Firma del paciente / tutor

Fecha

HISTORIAL DE SALUD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Indique todos los medicamentos que está tomando actualmente, incluidos los medicamentos sin receta.

| Medicamento | Dosis | Razón del medicamento |
|-------------|-------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Indique cualquier alergia a medicamentos.

Motivo de su visita:

| | |
|--|--|
| | |
| | |

Por favor indique cualquier problema médico por la que está recibiendo o haya recibido tratamiento.

| Sí | No | Condición | Sí | No | Condición |
|----|----|---|----|----|-----------------------------------|
| | | Asma | | | Alta presión |
| | | Artritis | | | colesterol alto |
| | | Trastorno hemorrágico | | | Enfermedad renal / de riñones |
| | | Cáncer | | | Migraña |
| | | Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica | | | Problemas musculares |
| | | Diabetes | | | Convulsiones |
| | | Depresión / Ansiedad | | | Enfermedad de células falciformes |
| | | Problemas gastrointestinales | | | Trastorno del sueño |
| | | Enfermedad cardíaca / ataque cardíaco | | | Derrame cerebral |
| | | Hepatitis | | | Enfermedad de la tiroide |

Por favor anote cualquier cirugía, hospitalización y / o lesiones graves.

| Motivo / Tipo | Fecha | Motivo / Tipo | Fecha |
|---------------|-------|---------------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

¿Hay alguna posibilidad de que esté embarazada? Sí ____ No ____

¿Fuma? Sí ____ No ____ En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes al día? ____

¿Bebe alcohol? Diariamente ____ De vez en cuando ____ Nunca ____

Autorización del Paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Consentimiento para el tratamiento

Por la presente autorizo a Lanier Urgent Care a darme atención médica durante mi visita al consultorio y cumplir con las órdenes de mis médicos; incluyendo consultores, asociados y asistentes del médico.

Autorización

Soy financieramente responsable de los servicios prestados que se pagarán el día en que se darán los servicios. Además, reconozco que soy el propietario / dependiente de la póliza de seguro y que el contrato de seguro es entre mí / el titular de la póliza y la compañía de seguros. Lanier Urgent Care no tiene influencia para obtener el pago de mi compañía de seguros. Como tal, Lanier Urgent Care facturará adecuadamente a mi compañía de seguros, sin embargo, seré responsable de todos los servicios no pagados debido a copagos, deducibles o reclamos rechazados.

Lanier Urgent Care intentará verificar la cobertura del seguro al momento del servicio. La información de beneficios y elegibilidad obtenida puede ser inexacta o incompleta y solo la Explicación de beneficios (EOB) enviada por la compañía de seguros será válida como la declaración final de dinero adeudado. Se me facturará (o acreditará) por cualquier saldo pendiente (o sobrecargo) con lo cual estoy obligado a realizar el pago dentro de los 30 días. Después de 60 días, los importes vencidos pueden cargarse a mi tarjeta de crédito mantenida en el archivo de Lanier Urgent Care. Comprendo que si no mantengo esta cuenta actualizada, Lanier Urgent Care no podrá seguir proporcionando sus servicios médicos.

Consentimiento para el uso y divulgación de información médica

Autorizo a Lanier Urgent Care a divulgar información médica relacionada con mi diagnóstico y / o tratamiento, resultados de laboratorio, historial médico, tratamiento o cualquier otra información relacionada a:

- Mi (s) compañía (s) de seguros o sus representantes designados.
- Cualquier persona (s) o entidades financieramente responsables de mi cuidado o tratamiento.
- Representantes o agencias locales, estatales o federales en conforme con la ley.
- Empleados o representantes para la investigación y defensa de cualquier reclamo o causa de acción, real o potencial que se pueda presentar contra Lanier Urgent Care o sus empleados.

Se me ha proporcionado un Aviso de prácticas de privacidad que proporciona una descripción más completa o información, usos y divulgaciones. Entiendo que tengo derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que la organización se reserva el derecho de cambiar sus avisos y prácticas y, antes de la implementación, enviará una copia del aviso revisado a la dirección que he proporcionado. Entiendo que tengo derecho a oponerme al uso de mi información de salud para el directorio. Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información de salud para llevar a cabo tratamientos, pagos o operaciones de atención médica y que la organización no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida que la práctica ya haya realizado divulgaciones basándose en mi consentimiento previo



Consentimiento del paciente para la divulgación de información de salud protegida

Tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. Lanier Urgent Care reserva el derecho de revisar su Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento.

Reconozco y acepto que Lanier Urgent Care y/o el proveedor, incluyendo las empresas de facturación y / o cobranza, pueden comunicarse conmigo a los números que se enumeran a continuación. Además, acepto que me contacten mediante el uso de un Sistema Automático de Marcación Telefónica (ATDS) o un mensaje pregrabado. Con este consentimiento, Lanier Urgent Care puede compartir mi información personal de salud (PHI) en los siguientes métodos:

¿Dejar un mensaje en el teléfono de casa? Sí / NO _____ Número de teléfono de casa _____

¿Dejar un mensaje en el teléfono celular? SÍ / NO _____

¿Enviar un correo electrónico? SÍ / NO _____ Dirección de correo electrónico _____

Autorizo a Lanier Urgent Care a divulgar mi PHI, incluyendo los resultados de análisis y análisis de laboratorio, diagnósticos y tratamientos a las siguientes personas:

— 1 —

卷之三

Name

Relación

Número de teléfono

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida que la práctica ya haya realizado divulgaciones basándose en mi consentimiento previo.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Nombre del paciente