Total Eye Care – Formulario de registro de paciente nuevo

Paquete de paciente nuevo 02.27.25

Información del paciente

Apellido del paciente	Nombre	Segundo nombre	Apellido de soltera
Dirección (calle o apartado postal)		Ciudad	Estado / Código postal
Teléfono de casa	Teléfono celular	Teléfono del trabajo	Correo electrónico
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento / Sexo asignado al nacer ☐ Masculino ☐ Femenino	Pronombres ☐ Ella ☐ Él ☐ Elle (no binario) ☐ Otro: especifique: _____	
Identidad de género (marque una) ☐ Se identifica como hombre ☐ Se identifica como mujer ☐ Género no conforme/No binario ☐ Otro (especifique) _____ ☐ Prefiero no divulgarlo		Orientación sexual (marque una) ☐ Lesbiana/Gay/Homosexual ☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Otra, por favor describa _____ ☐ No sé ☐ Prefiero no divulgarlo	
Estado civil (marque uno) ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Pareja de hecho ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Desconocido		Raza (marque una) ☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Hispano o latino ☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ Negro o afroamericano ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Otro _____	
Etnia (marque una) ☐ No hispano o latino ☐ Hispano o latino		Nombre del empleador	Dirección del empleador
¿Reside el paciente en un centro de enfermería especializada o de rehabilitación? ☐ Sí ☐ No		**Si es así, nombre del centro**	**Ciudad:** / **Teléfono:**
Nombre del médico de atención primaria		Teléfono	
Contacto de emergencia y parentesco	Teléfono	Médico que lo refiere	Teléfono

Persona responsable

Complete esta sección SOLO si el paciente es menor de edad o tiene un tutor legal			
Persona responsable: Apellido	Nombre	Segundo nombre	Correo electrónico:
Dirección (calle o apartado postal)		Ciudad	Estado / Código postal
Teléfono de casa		Teléfono celular	Teléfono del trabajo
Relación con el paciente ☐ Uno mismo ☐ Otro (especifique)		Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social

Seguro e información del suscriptor

Compañía de seguro **PRIMARIO**		Fecha de vigencia	Compañía de seguro **SECUNDARIO**		Fecha de vigencia
Dirección postal para reclamaciones (calle o apartado postal)			Dirección postal para reclamaciones (calle o apartado postal)		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
Número de póliza	Número de grupo		Número de póliza	Número de grupo	
Nombre del suscriptor (titular de la póliza)	Fecha de nacimiento		Nombre del suscriptor (titular de la póliza)	Fecha de nacimiento	
Seguro Social del suscriptor	Relación con el paciente		Seguro Social del suscriptor	Relación con el paciente	
Empleador del suscriptor	Teléfono del trabajo		Empleador del suscriptor	Teléfono del trabajo	
Dirección del empleador del suscriptor (calle o apartado postal)			Dirección del empleador del suscriptor (calle o apartado postal)		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal

Farmacia

Farmacia preferida	Dirección de la farmacia	Teléfono de la farmacia
Farmacia de pedidos por correo	Dirección de la farmacia	Teléfono de la farmacia

Seguro de visión (si corresponde)

Seguro de visión e información del suscriptor

Compañía de seguro de **VISIÓN**		Fecha de vigencia
Dirección postal para reclamaciones (calle o apartado postal)		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de póliza	Número de grupo	
Nombre del suscriptor (titular de la póliza)	Fecha de nacimiento	
Seguro Social del suscriptor	Relación con el paciente	
Empleador del suscriptor	Teléfono del trabajo	
Dirección del empleador del suscriptor (calle o apartado postal)		
Ciudad	Estado	Código postal

Firma del paciente, padre/madre o tutor legal

Fecha

Consentimiento para tratamiento y responsabilidad financiera

Consentimiento para tratamiento

Por la presente autorizo a los empleados y agentes de Total Eye Care Centers, PC, incluidos médicos, asistentes médicos, enfermeros practicantes y otros empleados y miembros del personal, a realizar evaluaciones médicas y brindar atención al paciente indicado a continuación. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta que sea revocado por escrito. Entiendo que, si no firmo este consentimiento, no se le brindará atención médica al paciente, excepto en caso de emergencia.

_____

Nombre del paciente (en LETRA DE MOLDE)

_____ _____

Firma del paciente, padre/madre o tutor legal **Fecha**

Complete esta sección SOLO si el paciente es menor de edad o requiere un tutor legal

Autorizo a _____ para autorizar la evaluación y el tratamiento del paciente identificado arriba cuando yo no esté disponible. Entiendo que esto autoriza a dicha(s) persona(s) a dar su consentimiento para procedimientos médicos y quirúrgicos e inmunizaciones para el paciente. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta que sea revocado por escrito.

_____ _____

Firma del paciente, padre/madre o tutor legal **Fecha**

Responsabilidad financiera

Por la presente autorizo a Total Eye Care Centers, PC, a solicitar beneficios en mi nombre y a que el pago de los beneficios médicos se realice directamente a TECC por los servicios prestados. Solicito que los pagos de Medicare, Medigap y/o cualquier otra compañía de seguros se hagan directamente a Total Eye Care Centers. Por la presente se otorga autorización para divulgar la información contenida en el expediente médico del paciente a la compañía de seguro médico del paciente (o a sus empleados o agentes), según sea necesario para procesar y completar la reclamación médica del paciente. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos por los servicios prestados, que pueden incluir servicios no cubiertos por las compañías de seguros del paciente. Acepto que todos los montos vencen cuando se soliciten y son pagaderos a Total Eye Care Centers.

La duración de esta autorización es indefinida y continúa hasta que sea revocada por escrito. Entiendo que, si no firmo esta autorización de divulgación de información, soy responsable del pago total de los servicios antes de que se presten.

_____

Nombre del paciente (en LETRA DE MOLDE)

_____ _____

Firma del paciente, padre/madre o tutor legal **Fecha**

Preferencias del paciente sobre la comunicación de PHI
(Información médica protegida)

Método de comunicación preferido

☐ **Sí**, quiero que Total Eye Care Centers, PC, se comunique conmigo sobre mi información a través de un sistema seguro diseñado para mantener mi información protegida.

Mi método de comunicación preferido con respecto a mis **condiciones médicas y/o información de citas** se indica a continuación:

☐ Teléfono de casa ☐ Teléfono celular ☐ Correo electrónico ☐ Carta por correo ☐ Tutor

Si el método de comunicación indicado arriba es por **teléfono**, haga una de las siguientes opciones (**marque UNA**):

☐ Dejar un mensaje con información detallada.
☐ Dejar un mensaje solo con un número para devolver la llamada.

Si el método de comunicación indicado arriba es por **correo electrónico**, tenga en cuenta las implicaciones de privacidad; por ejemplo, cualquier otra persona que pueda tener acceso a su dirección de correo electrónico o cualquier otra persona, como su empleador, que pueda tener el derecho y/o la capacidad de revisar todos los correos electrónicos recibidos en su dirección del trabajo.
Infórmenos si tiene instrucciones o solicitudes especiales con respecto a nuestra comunicación con usted. Por ejemplo, díganos si desea que lo llamemos a un número de teléfono diferente para el resultado de una prueba específica o si no desea que lo contactemos en absoluto.

Contactos aprobados (HIPAA)

Mantener la privacidad de la información de nuestros pacientes es importante para nosotros y, de forma predeterminada, divulgaremos la información relacionada con la cuenta de facturación y las condiciones médicas del paciente solo al paciente o a su tutor legal.

Si desea agregar contactos adicionales, además del paciente o el tutor legal, a quienes Total Eye Care Centers, PC, pueda divulgar este tipo de información, complete los campos a continuación y marque las casillas correspondientes según su autorización para cada persona que haya indicado. Si la fecha de finalización se deja en blanco, la duración de esta autorización es indefinida, a menos que se revoque por escrito.

Nombre del contacto	Relación con el paciente	Teléfono del contacto	Fecha final

☐ **Información de facturación** ☐ **Información médica** ☐ **Contacto de emergencia**

Notas adicionales: _____

Nombre del contacto	Relación con el paciente	Teléfono del contacto	Fecha final

☐ **Información de facturación** ☐ **Información médica** ☐ **Contacto de emergencia**

Notas adicionales: _____

Aviso de prácticas de privacidad y acuse de recibo

Paciente: _____ **Fecha:**____/____/_____

El Aviso de prácticas de privacidad describe cómo se puede usar y divulgar la información médica protegida sobre usted y cómo puede acceder a esta información. Revíselo detenidamente.

Total Eye Care Centers, PC, está obligado por ley a proteger la privacidad de la información médica que pueda revelar su identidad y a proporcionarle una copia de este aviso, que describe las prácticas de privacidad de la información médica de nuestro consultorio, su personal médico y los proveedores de atención médica afiliados que realizan conjuntamente actividades de pago y operaciones comerciales con nuestro consultorio. La "información médica protegida" es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo, así como información genética e información relacionada con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados.

El ____/____/_____ yo, _____, recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina.
(Fecha de hoy) (Nombre del paciente)

_____

Nombre en letra de molde

_____

Firma

_____

Fecha

*El Aviso de prácticas de privacidad de Total Eye Care Centers también se encuentra en nuestro sitio web: https://totaleyecarecenters.com

Solo para uso de la oficina

Intentamos obtener el acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener debido a que:

☐ La persona se negó a firmar
☐ Barreras de comunicación impidieron obtener el acuse de recibo
☐ Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo
☐ Otro (especifique)

_____

_____

Este formulario de acuse de recibo formará parte de su expediente médico permanente.