



Covina Urgent Care
605 E. Badillo Street
Covina, CA 91723

REGISTRO DEL PACIENTE
(Escriba Claramente)

Fecha de Hoy: _____

Paciente _____
Apellido *Primer Nombre* *Segundo Nombre*

Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro Social #: _____

Domicilio: _____ APT #: _____

Ciudad/Estado/Zip: _____

Teléfono móvil _____ Teléfono de casa _____

Correo electrónico (email) _____

Pariente más cercano en caso de emergencia: _____ Tel #: _____

Según entiendo, hay no hay indicaciones que pudiera estar embarazada

ALERGIAS:

Razón de la visita:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR DEL PACIENTE: Estudiante Retirado/a Desempleado/a

Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

Domicilio: _____ Ciudad/Estado/Zip: _____

DÉ SU TARIETA DE SEGURO A LA RECEPCIONISTA PARA VERIFICACIÓN DE BENEFICIOS

SI EL PACIENTE ES MENOR, DEBE LLENAR ABAJO

Nombre del Padre / Guardián: _____ Número de Teléfono: _____

Domicilio: _____ Ciudad/Estado/Zip: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social #: _____

Relación del paciente con la persona responsable: hijo/a otro _____

VERIFIED BY:

INPUTTED BY:

SIEMPRE TENGA SU TARJETA DE SEGURO EN SU CARTERA

1. ¿Tiene algún otro seguro de salud (secundario)? SI NO Cual _____
2. ¿Ha habido cambios en su seguro de salud en los últimos 12 meses? SI NO
3. ¿Alguna de sus lesiones está relacionada con un accidente automovilístico? SI NO
4. ¿Alguna de sus lesiones sufridas por una lesión relacionada con el trabajo? SI NO
5. ¿Está de acuerdo de pagar si su seguro no paga? SI

DEBE RESPONDER **SÍ** A # 5 PARA SER VISTO

SI USTED RESPONDIÓ SÍ A #3 O #4 HABRÁ UN CARGO DE \$180.00 POR VISITA Y NOSOTROS PROVEEMOS FACTURACIÓN Y REGISTROS MÉDICOS A SU ABOGADO.

Mantenemos un registro de los servicios de atención médica que se le proporcionan. Se concede autorización para que los servicios médicos se lleven a cabo y, de acuerdo con las normas de la HIPAA, también autorizo que la información de salud pública solicitada sea proporcionada al asegurador de salud o al proveedor de atención médica con fines de tratamiento, pago y / o operaciones de atención médica.

Si mi cuenta se devuelve a colecciones, acepto asumir la responsabilidad de todos los costes de recogida.

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN: Autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente a esta facilidad. **Soy financieramente responsable de cualquier balance restante.** Autorizo a Covina Urgent Care a revelar cualquier información requerida para procesar esta reclamación.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

¿Como supiste de nosotros?

- Yelp
- Periódico
- Internet
- Amistad
- Su Doctor Primario

Podemos comunicarnos con usted para preguntar sobre su experiencia aquí hoy.
Gracias por elegir nuestra oficina para atender sus necesidades de atención de urgencia. 😊



Nuestra Póliza Financiera

Nuestra póliza financiera nos ayuda a agilizar las operaciones para permitirnos concentrarnos en lo que es más importante: su atención médica. Es importante para nosotros que entienda nuestras políticas financieras.

1. **Iniciales** Los copagos se deben pagar en el momento del servicio de acuerdo con los requisitos de su póliza. No aceptamos cheques, pero aceptamos tarjetas de crédito / débito. No facturamos los co-pagos.
2. **Iniciales** Si sus beneficios de seguro de salud indican que su deducible aún no se ha cumplido, cobraremos un depósito de \$100 que se utiliza como pago para la cantidad permitida de la visita. Sin embargo, este pago de depósito de \$100 puede no satisfacer el costo total de su visita. El costo total de su visita se determinará después de que le facturemos su seguro. Si se determina que el costo total de la visita es más de \$100, le facturaremos por esa cantidad. (¡ESTO ES IMPORTANTE! - Sus iniciales indican que usted entiende.) Si se ha cumplido el deducible, entonces se aplicaría el monto de copago o coseguro (como se indica en sus beneficios de seguro de salud).
3. **Iniciales** Tenga en cuenta que su póliza de seguro es un contrato entre usted y el asegurador. Si el asegurador no proporciona el pago de sus servicios dentro de un período razonable, tendremos que facturarle por el pago. Si recibimos el pago de su aseguradora después de haber pagado el saldo, le reembolsaremos cualquier sobrepago.
4. **Iniciales** Si está asegurado por un plan con el que no tenemos un contrato, nuestros cargos por su consulta son pagaderos en el momento del servicio. Le cobraremos a su seguro el reclamo como cortesía, pero los beneficios de su póliza determinarán el resultado de la reclamación facturada.
5. **Iniciales** El pago se debe a la recepción de una declaración de nuestra oficina. Las declaraciones mensuales después de la primera acumularán una tarifa de facturación de \$10 por ciclo mensual.
6. **Iniciales** Las ventas son finales en los productos auxiliares y no trataremos de ser reembolsados por su seguro. Cualquier reembolso por el seguro tendrá que ser coordinado por el paciente.
7. **Iniciales** Si después de 6 declaraciones aún no hemos recibido el pago, se le cobrará un cargo adicional de \$35.00 a su cuenta para ser enviado a las colecciones.

He leído y entiendo la póliza financiera de la práctica y acepto estar obligado por sus términos. También entiendo y estoy de acuerdo que tales términos pueden ser enmendados por la práctica de vez en cuando.

Firma del Paciente (Persona Responsable)

Fecha

Nombre del Paciente (LETRA DE MOLDE)

Este documento describe como la información de su salud puede ser usada y difundida y como usted puede tener acceso a esta información.

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE:

Usos y divulgación

Tratamiento. La información de su salud puede ser usada por nuestro personal o divulgada a otros profesionales médicos con el propósito de evaluarle y diagnosticar condiciones médicas y proveerle tratamiento. Por ejemplo, los resultados de laboratorio y otros procedimientos estarán disponibles en sus records médicos para todos los profesionales de la salud involucrados en su tratamiento y que pudieran consultar a nuestro personal.

Pagos. La información de su salud puede ser usada para solicitar pagos de su plan de seguro, o de otras compañías que proveen cobertura tales como el seguro de su auto o de compañías de tarjetas de crédito que usted usa para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede requerir y recibir información de las fechas de las visitas, servicios prestados, y la condición médica a ser tratada.

Cuidado médico. La información de su salud puede ser usada cuando sea necesario para apoyar las actividades cotidianas de Covina Urgent Care. Por ejemplo, la información de los servicios recibidos pudieran ser usados para presupuestos, reportes financieros, así como actividades para evaluar y promover la calidad.

Aplicación de la Ley. La información de su salud puede ser divulgada a las agencias legales que así lo soliciten para apoyar las auditorías e inspecciones del gobierno, para facilitar las investigaciones de agencias legales, y para cumplir la orden del gobierno en los reportes.

Reportes de Salud Pública. La información de su salud puede ser divulgada a agencias de salud pública. Por ejemplo, nosotros debemos reportar ciertas enfermedades contagiosas al Departamento de Salud Pública.

Para otros usos se requiere de su autorización. Para poder divulgar su información confidencial de salud o su uso para otro propósito no mencionado aquí, se necesita su autorización por escrito. Si usted cambia de parecer después de haber autorizado el uso de su información, puede revocarlo por escrito. Sin embargo, su decisión para revocar su autorización no afectará el uso o divulgación de su información ocurrida antes de que usted nos notificara de su decisión de revocar su autorización.

Usos adicionales de su información médica

Información sobre tratamientos. La información sobre su salud puede ser usada para enviarle información que pudiera interesarle sobre tratamientos y manejo de su enfermedad. También pudieramos enviarle información sobre otros productos o servicios relacionados con su salud que creemos pudieran interesarle.

Derechos individuales

De acuerdo con la ley federal, usted tiene ciertos derechos. Estos incluyen:

- Solicitar restricciones en el uso y divulgación de su información confidencial de salud
- A recibir comunicación confidencial concerniente a su enfermedad y tratamiento
- A revisar y copiar your información confidencial de salud
- A alterar o hacer correcciones a su información de salud
- A recibir un reporte de como y a quien se le ha divulgado su información confidencial de salud
- A recibir una copia de este aviso

La obligación de Covina Urgent Care

Estamos obligados por la ley a mantener en privado su información confidencial de salud y a proveerle con una copia de este Aviso sobre la

Práctica de privacidad.

Ademas estamos comprometidos a seguir las reglas que a esta póliza rigen para salvaguardar su privacidad en todo momento.

Derecho a revisar las Prácticas sobre la Privacidad

De acuerdo con la ley, nos reservamos el derecho de amendar o modificar nuestra póliza sobre las prácticas sobre la privacidad. Estos cambios en nuestra póliza pudieran deberse a cambios requeridos por las legislaciones federales y estatales.

Si usted lo solicita, le podremos dar el aviso de cambios mas reciente durante cualquiera de sus visitas. Los cambios serán aplicados a toda la información confidencial que poseemos.

Solicitud para revisar la Información Confidencial sobre su salud

Normalmente usted puede revisar o copiar su información confidencial que guardamos. De acuerdo a las regulaciones federales, se requiere que la solicitud para revisar o copiar dicha información sea por escrito. Puede obtener una forma para solicitar revisar o copiar sus records con nuestro Custodio. Su petición será revisada y generalmente aprobada a menos que existan razones legales o médicas para negarle el acceso.

Preguntas y Preocupaciones

Si usted desea enviarnos un comentario o queja acerca de nuestras polizas de privacidad, puede hacerlo al escribirnos una carta con su comentario o queja bien descrito a:

Darío Castellanos, Gerente de la Clínica
Covina Urgent Care
234 E. Badillo St.
Covina, CA 91723
(626) 859 - 3297

Si usted cree que su privacidad ha sido violada, por favor háganoslo saber por escrito mandando una carta describiendo su preocupación a la dirección de arriba. Usted no será castigado ni discriminado por el sólo hecho de mandar una queja.

Fecha efectiva

Este aviso es efectivo a partir de **Enero 1, 2012**

**Constancia de haber recibido
El Aviso sobre las Prácticas de Privacidad**

Covina Urgent Care se reserva el derecho de modificar la póliza de privacidad descrita en este aviso.

Firma

He leído el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad de Covina Urgent Care, y entiendo que puedo solicitar una copia de la misma.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha

**Firma del representante o guardian
(En caso de que el paciente sea menor de edad o un adulto
incapacitado para firmar.)**

Relación con el paciente

Covina Urgent Care Record

605 E Badillo Street, Suite 110 Covina, CA 91723 (626)732-9232

llenar solo con tinta negra

Apellido	Nombre	Edad	Fecha de Nacimiento	Fecha
Sexo M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Doctor Primario	Ciudad (del Doctor Primario):		
Nombre del responsable: _____				
Autorización: Doy mi consentimiento a cualquier tratamiento médico o quirúrgico, o servicios prestados según las instrucciones del médico. También acepto la responsabilidad de todos los cargos relacionados con este tratamiento y autorizo a todo pago de seguro directamente a Covina Urgent Care se concede, de conformidad con las normas de HIPAA, a proporcionar la información solicitada de salud pública para el proveedor de seguros de salud o la salud del paciente para el propósito del tratamiento, operaciones de pago y / o cuidado de la salud.				
Firma: _____		Relacion: _____		Fecha & Hora: _____

***** Por favor NO llene abajo *****

Temp (F)	Pulse (bpm)	SpO ₂ (%)	Respiration (rpm)	Blood Pressure	Weight(lbs.)	Height	LMP	FBS(mg/dL)	M.A. Signature:	Name/DOB PCP Vitals/CC
				/		' "	/ /			
Allergies: _____										
Chief Complaint: _____										

Problems	Days	Problems	Days	Orders	Results	Current Medications
<input type="checkbox"/> Fever		<input type="checkbox"/> Diarrhea		<input type="checkbox"/> Strep		
<input type="checkbox"/> Cold		<input type="checkbox"/> Abdominal Pain		<input type="checkbox"/> UA		
<input type="checkbox"/> Cough		<input type="checkbox"/> Rash		<input type="checkbox"/> HCG		
<input type="checkbox"/> Sore Throat		<input type="checkbox"/> Headache		<input type="checkbox"/> IPPB		
<input type="checkbox"/> Loss of Appetite		<input type="checkbox"/> Laceration		<input type="checkbox"/> E.LAV		
<input type="checkbox"/> Earache				<input type="checkbox"/> HHN		
<input type="checkbox"/> Vomiting				<input type="checkbox"/> X-RAY		

S

O

Physical Examination	N	AB
General Appearance		
Skin		
HEENT / Neck		
Chest / Lungs		
Heart		
Abdomen		
Neuro		
Back & Extremities		

A

P

INJSITE _____ LOT# _____ INJ _____ ORAL _____ MA _____

Provider Signature & Date _____

Provider Stamp: