* NO revelar o discutir cualquier información que este relacionada con mi cuenta de facturación o condiciones médicas con ninguna otra persona diferente a mi, excepto en una situación de emergencia.

A continuación, por favor indique (marcando la casilla) cualquier persona(s) que WRFH puede contactar para discutir información relacionada con su cuenta de facturación y / o condiciones médicas. Además, indique la persona que usted quisiera asignar como su contacto de emergencia en caso de que una situación de emergencia tenga lugar en nuestra oficina.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Relación con el paciente Número telefónico

* Información de cuenta de facturación  Información de condición médica  Contacto en caso de emergencia

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_

Nombre Relación con el paciente Número telefónico

* Información de cuenta de facturación  Información de condición médica  Contacto en caso de emergencia

Uso de comunicación electrónica de WRFH con el paciente

* Sí, deseo que WRFH me comunique mi información a través del portal del paciente WRFH. Se le notificará por correo electrónico cuando haya información para que la revise. El correo electrónico tendrá un enlace que lo llevará al sitio seguro. Después de que haga click en el enlace deberá iniciar sesión y proporcionar una contraseña para acceder a su información. Usted tendrá que tomar nota de esta contraseña para acceder a su información en el futuro.

Por favor escriba en el espacio debajo la dirección de correo electrónico que desea utilizar para notificarle que hay información disponible para que usted revise:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* No, yo no quiero que WRFH me comunique información personal por medio de comunicación electronica.
* No quiero ser notificado por ningún otro medio de comunicación a cerca de mi condición médica. Solicito que la comunicación a cerca de mi condición médica se realice SOLAMENTE cuando yo esté en la clínica.

Mi medio preferido de comunicación con respecto a mi condición médica se indica a continuación (marque uno):

 Teléfono de la casa  Teléfono del trabajo  Celular  Carta envida por correo  Otro: \_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_

Si el medio de comunicación anterior es por teléfono, por favor marque la casilla que corresponda:

 Esta bien dejar un mensaje con información detallada.  Dejar un mensaje con un número telefónico . para regresar la llamada.

La duración de esta autorización es de carácter indefinido, a menos que sea revocada por escrito. Entiendo que la solicitud de mi información médica a personas que no figuren en esta forma, necesitará la autorización previa a la divulgación de cualquier información médica.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente, padre/madre, o guardián legal. Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del guardián legal. Relación con el paciente

FORMULARIO DE REGISTRO PARA NUEVOS PACIENTES

**Complete esta sección SOLO si el paciente es menor de edad**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ # Seguro Social \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_ Relación con el paciente : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre, Madre/Guardián Legal

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Padre, Madre/Guardián Legal Fecha:

# de Teléfono

Número de Póliza (ID) Numero de Grupo (ID)

Dirección de Reclamaciones

Nombre de la Aseguranza primaria:

# de Teléfono de la Farmacia:

Nombre de Farmacia:

I hereby authorize employees and agents of White Rock Family Health, including physicians, nurse practitioners and other employees to render medical evaluations and care.

I hereby authorize payment of medical benefits directly to White Rock Family Health and/or the physician for services rendered.

Por este medio se concede la autorización para liberar la información contenida en la historia clínica del paciente que sea necesaria para procesar y completar la reclamación a la compañía de aseguranza del paciente (o a sus empleados o agentes). Entiendo que esta autorización puede incluir la divulgación de información a cerca de enfermedades transmisibles, como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ( "SIDA" ) y el virus de inmunodeficiencia humana ( "VIH" ) . Entiendo que soy financieramente responsable por los gastos totales de los servicios prestados que pueden incluir servicios no cubiertos por la compañía aseguradora del paciente. “The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA)” es una regulación del gobierno federal diseñada para asegurarse que el paciente es consciente de sus derechos de privacidad y de cómo su información médica puede ser utilizada por nuestro personal en la prestación y la organización de su atención médica.

El Aviso de Prácticas Privadas se muestra para su revisión y tengo entendido que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

El pago debe hacerse en el momento del servicio dado y será recogido durante el proceso de registro. Aceptamos efectivo, cheque y tarjetas de crédito. Se requiere una identificación con foto del gobierno válida para todas las transacciones. Existe un cargo de $35.00 que se aplica por cheques devueltos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente, Padre/Madre, Guardián Legal. Fecha

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature of Patient, Parent or Legal Guardian Date

Fecha de Nacimiento

Empleador

# de Seguro Social

Relación con el paciente

Nombre

Persona Responsable: Apellido

¿Cómo se enteró de nuestra Práctica?

□ Familia/Amigo □ Hospital □ Internet/Página Web □ Referencia de un Médico □ Aseguranza □ Locación/ Conducía por el sector □ Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# de Teléfono

Doctor Primario (de cabecera)

Etnicidad

□ Hispano □ Latino □ Ninguno

Idioma

Raza

□ Nativo/Indio Americano □ Afroamericano □ Blanco □ Asiático □ Multi-racial □ Ninguno □ Otro

Dirección correo electrónico:

Nombre esposo (a) (Si aplica)

Estado Civil/Marital (marque uno)

□ Soltero □ Casado □Divorciado □ Viudo(a)

# Licencia de Conducción

# Seguro Social

Fecha de Nacimiento

Sexo (marque uno)

□ Masculino □Femenino

# Teléfono celular

# Teléfono del trabajo

# Teléfono de la casa

Código postal

Estado

Ciudad

Dirección:

Segundo Nombre

Nombre

Nombre del paciente: Apellido