

Yuma Nephrology, P.C.
FORMA REGISTRACIÓN
(Please Print)

Fecha:	Doctor Primario:
--------	------------------

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido:	Nombre:	Inicial:	Sr. ___ Sra. ___	Estado Civil: S / C / D / Sep
-----------	---------	----------	---------------------	----------------------------------

Este es su nombre legal? Si / No	Si, no, cual es?	Nombre Formal:	Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo: Mujer / Hombre
-------------------------------------	------------------	----------------	----------------------	-------	-------------------------

Dirección:	Seguro Social:	Número de telefono: ()
------------	----------------	----------------------------

P.O. Box:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
-----------	---------	---------	----------------

Ocupación:	Empleado:	Número de trabajo:
------------	-----------	--------------------

Por quien fue referido:	Doctor: _____	Aseguranza: _____	Hospital: _____
-------------------------	---------------	-------------------	-----------------

Preferencias de Comunicación: MyChart/Correro Electrónico/Correro	Lenguaje de Preferencia:	Necesita Interprete:	Etnicidad:	Religion:
---	--------------------------	----------------------	------------	-----------

Farmacia de Preferencia:

INFORMACION DE ASEGURANSA

(Por favor dar sus tarjetas de aseguransas a la recepcionista)

Persona Responsable del Cobro:	Fecha de nacimiento:	Dirección:	Número de telefono:
--------------------------------	----------------------	------------	---------------------

Esta persona es paciente aquí? Si / No	Ocupación:	Empleado:	Dirección de Empleo:	Número de Empleo:
---	------------	-----------	----------------------	-------------------

Este paciente esta cubierto por aseguranza: Si / No	Nombre de Suscriptor de seguro:	Seguro Social del Subscritor:	Fecha de nacimiento:
--	---------------------------------	-------------------------------	----------------------

Número de grupo:	Poliza:	Co-Pago:
------------------	---------	----------

Parentesco del Paciente con el Suscriptor de seguro:	Paciente / Esposo-sa / Hijo / Otro
--	------------------------------------

Nombre de su 2 nd Aseguransa:	Nombre:	Número de Grupo:	Número de Poliza:
--	---------	------------------	-------------------

Parentesco del Paciente con el Suscriptor de seguro:	Paciente / Esposo-sa / Hijo / Otro
--	------------------------------------

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de un familiar/Amigo Para Emergencias:	Relación al paciente:	Número de telefono:	Número de trabajo:
---	-----------------------	---------------------	--------------------

La información de arriba es verdadera a mi conocimiento. Yo autorizo el pago de mi aseguranza y me hago responsable por cualquier balance pendiente. Autorizo que el NAME OF OFFICE mi compañía de aseguranza den cualquier información que se requiera para procesar mi cobro.

Firma de Paciente:	Fecha:
--------------------	--------



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Autorizo y consiento a permitir Yuma Nefrología, PC proveedores de atención médica con licencia para examinar mi persona, realizar estudios de diagnóstico médico, y dar cualquier tratamiento médico que la atención médica de calidad..... iniciales aquí: _____

Si un menor de edad (menores de 18 años):

El consentimiento para el tratamiento (firma)

Relación con el paciente

Certifico que la información que he informado con respecto a mi seguro y personal es correcta.

Firma del Paciente o guardián

Fecha



Autorización de Tratamiento y Pago de Beneficios Médicos y Responsabilidad Financiera del Paciente formar

Gracias por escoger nuestra practica Yuma Nephrology, P.C. como su Nefrólogo. Apreciamos que nos aiga escogido y nos cometimos a darle cuidado de la mas Alta Calidad. Le Pedimos que lea y firme esta forma dejandonos saver su entendimiento. Autorizeison de Tratamiento, Pago y Polizas Financieras del paciente. Si gustaria obterer una explicación en más detalle de nuestras polizas financieras, favor de pedir una copia.

Autorización de Tratamiento y Pago de Beneficos Medicos

Yo doy permiso a la práctica, Yuma Nephrology, P.C., para propocionar servicioos médicos para diagnóstico y tratamiento. Autorizo la divulgación de información médica necesaria para procesar cualquier reclamo medico de servicios dados y para que mi aseguranza haga los pagos directos a la prácticaYuma Nephrology, P.C.

Responsabilidad Financiera del Paciente

Yo (o guardian del paciente si es menor de edad) entiendo que soy ultimadamente responsable por el pago de mi tratamiento y cuidado.

Ustedes me asistiran en cobrando mi asequanza. Sin embargo, yo entiendo que soy responsable de proporcionar la informacion mas correcta de mis aseguranzas y yo seré responsable de cargos en mi contra por falla de dar la informacion más corriente.

Yo entiendo que sere responsable por el pago de mis co-pagos, co-azeguranzas, y deducibles, junto con cualquier otro estudio o tratamiento que no es cubierto por mi asequanza. Entiendo que estos cargos seran pagados al tiempo del servicio en forma de efectivo, cheque o targetas de credito mayores.

Yo Entiendo que podre incurrir, Y sere responsable por, pagos de cargos adicionales. Estos cargos pora incluir (pero n olimitados a)

- Cargos por cheques regressados
- Cargos por la copia y distribucion de archivos medicos
- Cargos por llenar formas
- Carogs por citas falladas

Autorización del Paciente

Con mi firma abajo, Yo autorizo que la practica de, Yuma Nephrology, P.C. Suelte informacion medica y cualquier informacion necesaria a las comapnias de asequanza y tercer pagaderes para el pago de los servicicos dados en la officina. Con mi firma abajo, Yo autorizo asignación de beneficios financieros directamenta a la practica de Yuma Nephrology, P.C.

Yo entiendo que soy responsable por cualquier cargo que no fue cubierto por mi asequanza, O que fue rechazado en completo o enparte por mi plan de asequanza. Yo e leido, entiendo y estoy de acuerdo con las proviciones de esta forma de Autorización de Tratamiento y Pago de Beneficios Médicos y Responsabilidad Financiera del Paciente formar

Yuma Nephrology , P. C.

Acuse de recibo del aviso de privacidad y

Aviso de Salud Práctica Información

* Usted puede negarse a firmar este reconocimiento *

Yo, _____, e' recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la oficina . Acual e' recibo y e' leído y entendido el Aviso de Prácticas de Información de Salud con respecto a mi participación en los proveedores de la red, el intercambio a nivel estatal de Información de Salud (HIE) , previamente e' recibido esta información y e' rezachado otra copia.

Firma En Molde

Firma

Fecha

Sólo para uso de oficina

- Se intentó obtener acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener la confirmación porque :
- Individual se niegan a firmar
- Barrera de Comunicaciones prohibieron obtener la confirmación
- Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación otros (especificar)

