

REGISTRACIÓN DE PACIENTE
POR FAVOR IMPRIMA Y COMPLETE TODAS LAS ENTRADAS

NOMBRE DEL PACIENTE (ULTIMO --PRIMERO --MEDIO INICIAL)		DIRECCIÓN		
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO MÓVIL (CELL)
FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE		SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro _____	
INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE / ASEGURADA		RELACIÓN A PACIENTE: <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Guardian		
NOMBRE (ULTIMO --PRIMERO --MEDIO INICIAL)		DIRECCIÓN (si es diferente del paciente)		
TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO MÓVIL (CELL)		FECHA DE NACIMIENTO	
OTRA INFORMACIÓN				
DOCTOR PRIMARIO/ DOCTOR DE FAMILIA		NUMERO DE MEDICO		
CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA		RELACION	NUMERO DE TELEFONO	

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN: Autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente al practicante y soy responsable financieramente de servicios no cubiertos. También autorizo al profesional a divulgar cualquier información requerida en el procesamiento de este reclamo y todas las reclamaciones futuras. Si mi cuenta se envía a una agencia de cobros, acepto pagar todos los cobros y honorarios de abogados.

FIRMA (Paciente o si es menor de edad firma del padre o guardián)	FECHA
--	--------------

Autorización para divulgar información de salud a (opcional):

NOMBRE(S)		DIRECCIÓN		
CIUDAD, ESTADO		CODIGO	TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO DE DÍA
FECHAS DE SERVICIO		LA AUTORIZACIÓN EXPIRA (A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO, ESTA AUTORIZACIÓN PERMANECERÁ EN VIGOR UN AÑO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE FIRMÓ)		
DEL:	HASTA:			
		<input type="checkbox"/> NUNCA	FECHA:	

Libera la siguiente información:

Todo el registro
 Notas de Tabla
 Informes de radiología
 Informes Operativos
 Historia y exámenes físicos

LIBERACION DE INFORMACION

Entiendo que:

- Una vez que "este centro" divulgue mi información de salud a solicitud mía, no puede garantizar que el Beneficiario no vuelva a divulgar mi información de salud a un tercer parte. Es posible que no se exija al tercer parte que cumpla con esta Autorización o las leyes federales y estatales aplicables que rigen el uso y la divulgación de mi información de salud.
- Puedo hacer una solicitud por escrito en cualquier momento para inspeccionar y / u obtener una copia de mi información de salud mantenida en este centro según lo dispuesto en la Norma Federal de Privacidad 45 CFR (164.524).
- mis registros están protegidos y no pueden divulgarse sin un permiso por escrito
- esta Autorización se mantendrá vigente por un año o proporciono un aviso de revocación por escrito al Departamento de Registros Médicos.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL	FECHA	CORREO ELECTRONICO
SI ESTÁ FIRMADO POR UN REPRESENTANTE LEGAL, RELACIÓN CON EL PACIENTE:		FIRMA DE TESTIGO (Opcional):



Por favor, **inicial y firmar** para seleccionar su **método actual de cobertura**, y para completar el reconocimiento y consentimiento para el Tratamiento Médico y la Póliza de Pago.

___ Visita del paciente por Auto-Pago (FFS)

Al firmar a continuación, reconozco que he sido informado de mi responsabilidad pagar por los servicios profesionales o suministros prestados a mí hoy por Reliant Acute Care, LLC. Entiendo que estos costos deben ser pagados antes de la provisión de tales servicios a través de sus representantes autorizados. Reconozco y entiendo perfectamente que el servicio (s) solicitado hoy no será facturado a ninguna compañía de seguros a petición mía. También entiendo que los servicios de hoy serán provistos a una tarifa de descuento y renuncio a cualquier derecho que pueda tener de requerir que Reliant Acute Care, LLC intente facturar a cualquier compañía de seguros por estos servicios. Además, reconozco que si elijo enviar un recibo detallado a cualquier compañía de seguros para la evaluación del reembolso parcial o total de estos servicios, Reliant Acute Care, LLC está exento de cualquier disputa posterior con respecto al reembolso, pero conserva la opción de enviar estos servicios para el pago bajo las tarifas y pautas de seguro sin descuento de mutuo acuerdo por ambas partes cuando se ha proporcionado la información adecuada del seguro a Reliant Acute Care, LLC.

___ Visita del Paciente Asegurado

Solicito que el pago de los beneficios de seguro autorizados, incluidos Medicaid o Medicare, se realice en mi nombre para cualquier servicio o suministro profesional que me proporcione Reliant Acute Care, LLC. Reconozco que hoy proporcioné la información de mi seguro y autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios profesionales o suministros relacionados por Reliant Acute Care, LLC a mi compañía de seguros u otra entidad a pedido para asegurar el pago de mis beneficios. Entiendo que soy financieramente responsable de Reliant Acute Care, LLC por cualquier cargo no cubierto por los beneficios de atención médica. Es mi responsabilidad notificar a Reliant Acute Care, LLC de cualquier cambio en mi cobertura de atención médica. En algunos casos, los beneficios exactos del seguro no pueden determinarse hasta que la compañía de seguros recibe el reclamo. Entiendo que soy responsable de la factura completa, incluido el saldo no pagado de los servicios o suministros profesionales según lo determine Reliant Acute Care, y / o mi aseguradora de atención médica si el reclamo presentado o cualquier parte del reclamo se rechaza para el pago o se aplica a mi copago, deducible o limitaciones de cobertura.

___ CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO

Presento voluntariamente para tratamiento y consentimiento a mi proveedor de Reliant Acute Care, LLC para que brinde mi cuidado. Tal cuidado puede incluir, entre otros, procedimientos de diagnóstico, radiografías, extracción de sangre, exámenes de laboratorio, administración de medicamentos y otros procedimientos que se consideren aconsejables para mi diagnóstico, tratamiento y curso de atención. Reconozco que mi tratamiento está destinado a tratar enfermedades o lesiones episódicas específicas y no pretende ser un sustituto de un médico de atención primaria u otro médico especializado y que no se puede garantizar o se ha hecho en cuanto a los resultados de los tratamientos o exámenes en Reliant Acute Care, LLC.

___ POLIZA DE LA OFICINA SOBRE EL PAGO

Es nuestra política exigir que todos los copagos se realicen en el momento del servicio. A todas las cuentas de más de 60 días, después de procesadas por el seguro proporcionado, se les cobrará una tasa de interés del 2% por mes o un mínimo de \$ 5.00. En caso de que no se pague ningún saldo según lo acordado, el abajo firmante acuerda pagar todos los costos cargados por la compañía de cobro y honorarios razonables del abogado. Entiendo que al firmar este formulario, estoy aceptando la responsabilidad financiera completa como se explicó anteriormente para todos los servicios profesionales y suministros recibidos. Entiendo que esta autorización original será mantenida en archivo por Reliant aguda Care, LLC y no expira a menos que la notificación por escrito sea proporcionada por mí.

Nombre de la persona que firma abajo (letra):

Firma del Paciente o Guardián:

Fecha de hoy (visita):

Relación con el Asegurado

Mismo Cónyuge Dependiente Otro

Relación con el Paciente

Mismo Cónyuge Guardián Otro



Reliant Acute Care

RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Me informaron que Reliant Acute Care mantiene una política de privacidad que establece cómo pueden revelar PHI (información de salud protegida) sobre mí por lo siguiente:

- Podemos revelar PHI para proporcionar tratamiento.
- Podemos revelar su PHI para obtener el pago.
- Podemos revelar PHI para operaciones de atención médica.
- Cualquier revelación de PHI objetivos además de los que están puestos en la lista dentro del aviso completo requerirá mi autorización escrita previa.

Me han dado una copia de las prácticas de Reliant Acute Care para examinar y reconocer firmando abajo.

SI/NO (circule uno) *Doy permiso para dejar mensajes detallados en mi contestador automático o buzón de voz.*

SI/NO (circule uno) Autorizo a los empleados de Reliant Acute Care a hablar con las siguientes personas con respecto a mi atención médica/tratamiento.

Número de Teléfono	Relación y Nombre
1. _____.	Relación a usted: _____.
2. _____.	Relación a usted: _____.
3. _____.	Relación a usted: _____.

Firma del Paciente

Fecha



Reliant Acute Care

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA Y CÓMO PUEDE CONSEGUIR EL ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR EXAMÍNELO CON CUIDADO.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor comuníquese con nuestro oficial de privacidad

Durante su tratamiento en Reliant Acute Care, nuestros empleados pueden reunir información sobre su historial médico y su salud actual. Este aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y revelar su información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de asistencia médica, y para otros fines que son permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de privacidad, y los derechos para acceder y controlar su información protegida de la salud.

Estamos obligados a cumplir con los términos de este aviso de prácticas de privacidad. Podemos cambiar los términos de nuestro aviso como requerido. El nuevo aviso será efectivo para toda la información de salud protegida que mantenemos en ese momento. Una copia revisada estará disponible para usted en el momento de su siguiente cita o en cualquier momento a solicitud.

1. USOS & REVELACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Reliant Acute Care puede utilizar su información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Esta lista está destinada a ser ejemplo, no exhaustiva:

Tratamiento: Usaremos y revelaremos su información de salud protegida para proveer, coordinar, o manejar su cuidado médico y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o administración de su cuidado de salud con otro proveedor.

Pago: Su información de salud protegida será usada y revelada, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica ofrecidos por nosotros o por otro proveedor.

Operaciones de Atención Médica: Podemos usar o revelar, según sea necesario, su información de salud protegida con el fin de apoyar las actividades comerciales de la práctica de su proveedor.

Asociados de Negocios: Compartiremos su información de salud protegida con "asociados de negocios" de terceros que realizan diversas actividades (por ejemplo, servicios de facturación o transcripción) para nuestra práctica. Cuando un acuerdo entre nuestra oficina y un asociado comercial implique el uso o revelación de su información de salud protegida, tendremos un contrato escrito que contendrá términos que protegerán la privacidad de su información médica protegida. Usted tiene el derecho de ser notificado en caso de que usted sea afectado después de una infracción de PHI (Información de Salud Protegida).

Podemos utilizar o revelar su información de salud protegida en ciertas situaciones sin su autorización o proporcionándole la oportunidad de aceptar u objetar:

Requerido por la Ley: Podemos usar o revelar su información de salud protegida en la medida en que el uso o divulgación sea requerido por la ley. Esto incluye Aplicación de la ley, orden judicial, citación del jurado de acusación, FDA, Investigación, Salud pública, procedimientos legales de supervisión de salud o Compensación de Trabajadores.

Usos y Revelaciones de Información de salud Protegida Basada en su Autorización Escrita: Otros usos y revelaciones de su información protegida de salud serán hechos solamente con su autorización escrita, a menos que la ley lo permita o lo exija como se describe anteriormente. Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no usaremos o revelaremos su información de salud protegida por los motivos cubiertos por su autorización escrita. Por favor entienda que somos incapaces de recuperar cualquier revelación ya hecha con su autorización. Cualquier uso y divulgación para fines de comercialización, venta de PHI o comunicaciones de recaudación de fondos no se realizará sin la autorización individual. Usted tiene el derecho de renunciar notificando al oficial de privacidad.

Otros Usos y Revelaciones Permitidas y Requeridas que Requieren Brindarle la Oportunidad de Aceptar u Objetar: Podemos usar y revelar su información médica protegida en los siguientes casos. Si usted no está presente o no es capaz de aceptar u objetar el uso o la revelación de su información de salud protegida, entonces su proveedor puede, usando juicio profesional, determinar si la revelación es en su mejor interés.

Otros Involucrados en su Cuidado de Salud o Pago por su Cuidado: A menos que usted objeta, podemos revelar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique, su información de salud protegida que se relaciona directamente con la participación de esa persona en su cuidado de salud. Si no puede ponerse de acuerdo u objetar dicha divulgación, podemos revelar la información que sea necesaria si determinamos que está en su mejor interés basándose en nuestro juicio profesional.

2. SUS DERECHOS

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida. Esto significa que usted puede inspeccionar y obtener una copia de la información de salud protegida sobre usted, siempre y cuando mantengamos la información de salud protegida. Usted puede obtener su expediente médico que contiene registros médicos y de facturación y cualquier otro registro que su proveedor y la práctica utiliza para tomar decisiones sobre usted. Según lo permitido por la ley federal o estatal, podemos cobrarle un honorario razonable de la copia para una copia de sus expedientes. Póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad si tiene preguntas sobre el acceso a su expediente médico.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información médica protegida. Esto significa que usted puede pedir que nosotros no usemos o revelemos ninguna parte de su información de salud protegida para los propósitos de tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud. También puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida no sea revelada a miembros de familia o amigos que pueden estar implicados en su cuidado o con objetivos de la notificación como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Su solicitud debe declarar la restricción específica solicitada y a quien quiere que la restricción se aplique. Puede restringir la revelación de PHI a planes de salud si ha pagado servicios del bolsillo en su totalidad.

Usted tiene el derecho de solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en un lugar alternativo. Nos acomodaremos a peticiones razonables. Por favor, haga esta solicitud por escrito a nuestro oficial de privacidad.

Usted puede tener el derecho de que su proveedor modifique su información médica protegida. Esto significa que puede solicitar una modificación de su información de salud protegida en un conjunto de registros designado mientras mantengamos esta información.

Tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones que hemos realizado, si corresponde, de su información de salud protegida. Este derecho se aplica a las divulgaciones para fines distintos al tratamiento, pago u operaciones de atención médica como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Excluye revelaciones que podemos haber hecho a usted conforme a la regla de intimidad y haber descrito en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Usted tiene el derecho de obtener una copia en papel de este aviso de nosotros, a petición, incluso si usted ha aceptado aceptar este aviso electrónicamente.

3. QUEJAS

Usted puede quejarse a nosotros o al Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros. Puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro Oficial de Privacidad acerca de su queja. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Puede ponerse en contacto con nuestro Oficial de Privacidad al 239-265-9760 para obtener más información sobre cuestiones de privacidad, las prácticas, las solicitudes relativas a su información, o el proceso de quejas.