Formulario de Registro del Paciente

Divinity Medical Services, PLLC ("DMS")

Razón de la visita: _____

Información del paciente

Fecha de nacimiento: Seguro Social #:

Primer nombre:

Apellido:

Dirección: Apt:

Ciudad: Estado: Codigo Postal:

Teléfono de casa #:

Teléfono móvil #:

Correo electrónico:

Mejor Forma de Contacto: ☐ Célular ☐ Hogar ☐ Correo ☐ Correo

Sexo al nacer: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Desconocida

Doctor Primario:

Dirección Medica:

Teléfono Medica #:

Farmacia:

Teléfono De Farmacia:

Orientación sexual:

Identificación de género:

Información de Contacto en caso de Emergencia

Nombre:

Relación:

Teléfono de casa #:

Teléfono móvil #:

De acuerdo con las regulaciones gubernamentales, estamos obligados a preguntar lo siguiente:

Cuál es tu idioma preferido:

La raza:
- ☐ Indio americano o nativo de Alaska
- ☐ Asiático negro o afroamericano
- ☐ Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico
- ☐ caucásico
- ☐ Prefiero no contestar

Etnicidad:
- ☐ hispano o latino
- ☐ No hispano o no latino
- ☐ Prefiero no contestar

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro Primario: Seguro#:

Nombre de la Asegurada:

Fecha de nacimiento:

Relación con el Paciente: ☐ Uno mismo ☐ Esposa ☐ Padre ☐ Otro

Seguro secundario: Seguro#:

Nombre de la Asegurada:

Fecha de nacimiento:

Relación con el Paciente: ☐ Uno mismo ☐ Esposa ☐ Padre ☐ Otro

RESPONSABILIDAD FINANCIERA/ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Nombre: ☐ Hombre ☐ Mujer

Fecha de nacimiento: SS #:

☐ Compruebe si es igual a la información del paciente. Si no, complete toda la sección.

Relación:

Teléfono #:

Excepto por los servicios cubiertos por mi plan de cobertura de Medicaid, reconozco la responsabilidad financiera total por cualquier servicio prestado y entiendo que el pago de los cargos incurridos en esta oficina vencen en el momento del servicio. También entiendo que los cargos no cubiertos por el seguro siguen siendo mi responsabilidad y asigno los beneficios del seguro a esta oficina. En el caso de que mi cuenta sea entregada a una agencia de cobranza, acepto pagar todos los costos de las tarifas de cobranza y/o los honorarios de abogados y todos los costos judiciales, si corresponde.

Firma: **Fecha:**

Autorizo a DMS a comunicarse conmigo por correo de voz, correo electrónico y texto a los números de teléfono y la dirección de correo electrónico proporcionados anteriormente. Entiendo que esto podría resultar en un cargo del proveedor de mi teléfono o dispositivo por el tiempo de conversación, mensajes de texto/mensajes de texto o uso de datos para correos electrónicos o correos de voz. Entiendo que el correo de voz, el correo electrónico y los mensajes de texto no son formatos seguros de comunicación. Existe cierto riesgo de que la información de salud identificable individualmente u otra información confidencial contenida en dicho correo de voz, correo electrónico y texto pueda ser mal dirigida, divulgada o interceptada por terceros no autorizados. Puedo revocar o negar mi consentimiento para usar uno o más de estos medios de comunicación en cualquier momento para mi información de salud, pero mantendré al menos un método para que DMS se comunique conmigo por cuestiones de facturación y seguros.

Firma: **Fecha:**

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para la atención y el tratamiento por parte del Médico tratante, sus asociados o asistentes y reconozco que no se han hecho garantías en cuanto al efecto de dicho tratamiento.

Firma: **Fecha:**

He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad tal como se proporcionó en el registro y entiendo que puedo solicitar una copia de la política en cualquier momento.

Firma: **Fecha:**