

**Big Bend Regional Health Center**

2600 Hwy 118 North, Alpine, TX 79830

Ph: 432-837-0430 • Fax: 432-837-0848

**● Information del Paciente ●**

Nombre: \_\_\_\_\_  
                        Primero  Segundo  Apellido

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ - - Masculino: \_\_\_\_\_ Femenino: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
  Calle  Ciudad  Estado  Código Postal

Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo/Celular: \_\_\_\_\_

Estado Civil: (Por favor, marque uno) Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**● Información de Facturación ●**

Persona responsable de pagar la cuenta: (Por favor, marque uno) Paciente Padre Cónyuge Otro \_\_\_\_\_

Nombre: (Es diferente al anterior) \_\_\_\_\_

Dirección Postal: (Es diferente al anterior) \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_

**● Información del Seguro ●**

**Seguro Primario**

*(Se copia en la oficina)*

Nombre de la Compañía Dirección Postal Teléfono

El Número de Identificación del Suscriptor El Número de Grupo Titular de la Póliza de Nombre

Relación del Paciente al Titular de la Póliza

Fecha de Nacimiento del Suscriptor

**Seguro Secundario**

*(Se copia en la oficina)*

Nombre de la Compañía Dirección Postal Teléfono

El Número de Identificación del Suscriptor El Número de Grupo Titular de la Póliza de Nombre

**PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

\*\*\*POR FAVOR, COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN EN EL REVERSO\*\*\*

● **LA POLÍTICA FINANCIERA** ●

Estamos firmemente convencidos que todos los pacientes merecen el mejor cuidado que podemos ofrecer. Todos se benefician cuando los acuerdos se aprueben. Hemos preparado este material para que se familiarice con nuestra política.

Nuestros servicios profesionales son para ed., no a la compañía de seguros. Pago por el tratamiento es su responsabilidad, no de la compañía de seguros.

**LOS CONVENIOS DE FINANCIACIÓN**

Inicial \_\_\_\_\_

No tengo ninguna cobertura de seguro. Yo entiendo que soy responsable por el pago de los servicios prestados a mí mismo o sus dependientes en el momento del servicio.

Inicial \_\_\_\_\_

Entiendo que si dejo de pagar las cantidades adeudadas, la clínica tiene el derecho de asegurar una agencia de colección exterior y/o el abogado para cobrar la deuda impaga y para el informe de la deuda sin pagar a una agencia de reporte de crédito. También entiendo que seré responsable por cualquier cargo adicional o cuotas necesarias por garantizar la agencia de cobro, incluyendo los honorarios razonables de abogados.

**SEGURO DE AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN**

Inicial \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar las reclamaciones de seguros y solicitar el pago de beneficios a hacerse de los servicios prestados.

Inicial \_\_\_\_\_

Yo entiendo que soy responsable en el momento de servicio para el pago de cualquier co-pago requerido y el deducible.

**MEDICARE/MEDIGAP**

**Para los pacientes de Medicare Sólomente**

Inicial \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Número de Medicare

Autorizo a cualquier poseedor de información médico o de otro tipo sobre mí para liberar a la administración de la seguridad social y cuidado de la salud la administración financiera o sus intermediarios o portadores cualquier información necesaria para este o relacionada con Medicare. Yo permito que una copia de esta autorización sea utilizada en lugar del original, y solicitar el pago de los beneficios del seguro médico, ya sea a mí o al partido que acepta la asignación. Entiendo que es obligatorio notificar al médico de cualquier otra parte que puede ser responsable de pagar por mi tratamiento (Sección 1128B de la Ley del Seguro Social y 31 U.S.C 3801-3812 establece sanciones por retener esta información). Reglamentos relativos a la asignación de Medicare de los beneficios también se aplican.

**Medigap autorización de la sentencia**

\_\_\_\_\_  
Número de la póliza

**HABRÁ UN CARGO DE \$25.00 (U.S.) POR CADA CHEQUE DEVUELTO**

**HE LEÍDO Y ENTIENDO LA POLÍTICA DE PAGO DE ESTA OFICINA Y ME COMPROMETO A RESPETAR LA POLÍTICA**

**Firma:** \_\_\_\_\_

Paciente/Padre/Tutor

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Forma de pago (Por favor, marque uno)    Efectivo    Cheque    Crédito/Debito

**POR FAVOR, PRESENTE SU TARJETA DE SEGURO Y LICENCIA DE CONDUCIR PARA NUESTROS ARCHIVOS**

## Historia Clínica del Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

### Los Antecedentes Médicos y Quirúrgicos / Historial Médico Familiar

	Self	Familia (Relación)		Self	Familia (Relación)
Diabetes			ADD/ADHD		
Hipertensión			Dificultad de Aprendizaje		
Enfermedad del Corazón			Problemas en los Ojos		
Colesterol Alto			Problemas Congénitos		
Insuficiencia Cardíaca			Retraso en el Desarrollo		
Problemas de la Tiroides			Soplo en el Corazón		
Cáncer			Asma		
Anemia			Cervicales Procedimientos (Tipo)		
Trastornos Intestinales			Embarazos (Número)		
Migrañas/Dolores de Cabeza			Cirugía de la Vesícula		
Enfermedad renal			Apendectomía		
Hepatitis (Tipo)			Reparación de Hernia		
Enfermedad del Hígado			Amigdalectomía		
Artritis			Cirugía de Cotonaduras (Tipo)		
Ansiedad/Depresión			Cirugía de Tiroides		
Transfusión de Sangre			Cesarias (Número)		
Epilepsia			Cuello uterino		
Menopausia (LMP)			Histerectomía		
Enfermedades de Transmisión Sexual			Problemas Menstruales (LMP)		
Otra:			Otra:		
Otra:			Otra:		

**Alergias:** \_\_\_\_\_

**Vacunas:** (círculo e indicar año, los niños son la tarjeta de vacunas)

Tétanos                      Influenza                      Hep B                      Hep A                      VPH  
 Neumonía                      Meningitis                      Tos Ferina

**Hábitos—Tobaco** (Cantidad y años de uso): \_\_\_\_\_

Alcohol (Cantidad y años de uso): \_\_\_\_\_

¿Ha tenido convulsiones o cuando deja de tomar alcohol? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Drogas (Tipo y Ruta): \_\_\_\_\_

Ejercicio: \_\_\_\_\_

Situación de Vivienda: \_\_\_\_\_

**Consentimiento del paciente para la ciberprescripción (receta electrónica)**

He tomado conocimiento y entiendo que las prácticas y consultorios médicos pueden usar un sistema de prescripción electrónica que permita que las recetas y la información relacionada se envíen por medios electrónicos entre mis proveedores y mi farmacia. Se me ha informado y entiendo que mis proveedores que usen el sistema de prescripción electrónica podrán ver información sobre los medicamentos que ya estoy tomando, incluidos los recetados por otros proveedores. Extiendo mi consentimiento para que mis proveedores tengan acceso a esta información médica protegida.

Me han entregado el aviso sobre recetas electrónico.

Firma del padre, del paciente o del representante legal			Fecha	Hora	
Relación con el paciente		Intérprete, si se hubieran contratado sus servicios		Fecha	Hora
Firma del testigo	Fecha	Hora	Si el consentimiento es telefónico, firma del segundo testigo	Fecha	Hora