



117 Jane Lane  
Hillsboro, Texas 76645  
Phone (254) 582-8006 Fax (254) 582-8013

**Gracias por elegirnos como sus necesidades de atención médicos. le agradeceríamos que complete este formulario para ayudarnos con su fuente de referencia.**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de médico visto hoy:

Por favor marque como usted oyó sobre nosotros:

Palabra de boca \_\_\_ Correo directo \_\_\_ Programa de Mujeres Sanas \_\_\_ Programa de Círculo Mayor \_\_\_

Artículo del periódico: El Reporter \_\_\_  
El Lakelander \_\_\_  
El West Noticias \_\_\_  
Hubbard City Noticias \_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

Es usted un miembro de: Mujeres Sanas Si \_\_\_ No \_\_\_

Círculo Mayor Si \_\_\_ No \_\_\_

Para ayudar a mejorar la manera en que cuidamos a nuestros pacientes y asegurarse de que usted entienda los cuidados médicos instrucción, haremos un breve azar seguimiento de llamar a algunos de nuestros pacientes. Si su nombre es seleccionado usted estaría bien en recibir un seguimiento llamar. Por favor marque abajo.

Si \_\_\_ No \_\_\_

Teléfono de contacto:

Telefono de casa \_\_\_\_, Teléfono celular \_\_\_\_, Telefono de trabajo, Otro: ( ) \_\_\_\_\_-

Le damos las gracias y esperamos con interés en el cuidado de sus necesidades de asistencia medico ahora y en el futuro

Email Address: \_\_\_\_\_

Nobre de la Farmacia: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer Nombre) (Iniciales Media)

Dirección De Residencia: \_\_\_\_\_

Ciudad /Estado/Zipe Código \_\_\_\_\_ Teléfono de Residencia ( ) \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino / Femenino  
(Por favor círculo uno)

Estado Civil: Soltero, Casado, Separado, Divorcio, Viuda / Viudo Empleado: Sí / No  
(Por favor círculo uno) (Por favor círculo uno)

Nombre y Dirección de Empleador: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Zipe Códig \_\_\_\_\_

Teléfono de Empleador ( ) \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE FACTURACION**

Persona Responsable del Pago de La Factura: Paciente, Sus Padres, Cónyuges, Otros  
(Por favor círculo uno)

Nombre (Si diferente desde arriba) \_\_\_\_\_, Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección de residencia (Si diferentes desde arriba) \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Zipe Código \_\_\_\_\_ Teléfono de Residencia ( ) \_\_\_\_\_

Nombre de Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo ( ) \_\_\_\_\_

Ocupacion \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL SEGURO**

**Principal Seguro**

**Seguro Secundario**

Nombre del Seguro \_\_\_\_\_

Dirección del Seguro \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurador \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Número de Identificación del Asegurador \_\_\_\_\_

Número de Grupo \_\_\_\_\_

Seguridad Social del \_\_\_\_\_

Asegurador \_\_\_\_\_

Relación a Asegurador: Mí, Cónyuge, Niño, Otro  
(Por favor círculo uno)

**Persona de contacto en caso de emergencia**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Fue accidente? Si \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo indicar: automóvil \_\_\_ compensación a trabajadores \_\_\_ otros \_\_\_



iniciales de los médicos

### **Política Financiera**

Estamos firmemente convencidos de todos los pacientes merecen la mejor atención médica 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 se prestan a usted, no la compañía de seguros. El pago por el tratamiento es tu responsabilidad.

### **Acuerdos Financieros**

(Iniciales)

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

\_\_\_\_\_ Entiendo que si no paga las cantidades adeudadas, la clínica tiene el derecho a asegurar una agencia de colección exterior y / o un abogado para cobrar la deuda sin pagar y reportar la deuda sin pagar a una agencia de reporte de crédito. Además, entiendo que seré responsable por cualquier cargo adicional o cuotas requeridas por asegurar la agencia de cobro y / o abogado, incluyendo los honorarios razonables de abogados.

### **Seguro de autorización y asignación**

(Iniciales)

\_\_\_\_\_ Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar reclamaciones de seguros y solicitar el pago de los beneficios que se harán por los servicios prestados a mis dependientes o yo mismo.

\_\_\_\_\_ Entiendo que soy responsable en el momento del servicio requerido de pagar cualquier co-pago, co-seguro y / o deducible.

### **Medicare**

(Los pacientes de Medicare únicamente - por favor, inicial)

\_\_\_\_\_ Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo sobre mí para liberar a la Administración del Seguro Social y la Administración de Salud de Finanzas o sus intermediarios o portadores cualquier información necesitada para este o un reclamo relacionado con Medicare. Yo permito que una copia de esta autorización para ser utilizado en su lugar si el pago original, y la solicitud de beneficios de seguro médico, ya sea a mí o a la parte que acepta la asignación. Entiendo que es obligatorio notificar al proveedor de atención médica de cualquier otra parte que puede ser responsable de pagar por mi tratamiento. (Sección 1128B de la Ley del Seguro Social y 31 USC 3801 a 3812 establece sanciones por retener esta información.) Las normas referentes a la asignación de Medicare de los beneficios también se aplican.

Número de Medicare: \_\_\_\_\_

Habrán un cargo de \$ 25.00 por cada cheque devuelto.

Por favor, presente tanto en su tarjeta de seguro y la identificación del estado para que podamos copiar para nuestros registros.

**Yo he leído y entendido las políticas financieras de esta oficina y se compromete a cumplir por la política, dijo:**

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

(Paciente / padre / tutor legal de la firma)



117 JANE LN  
HILLSBORO, TX 76645-2673  
Phone: (254) 582-8006 Fax: (254) 582-8013

**General consentimiento al tratamiento:**

Habiendo llegado a \_\_\_\_\_ para evaluación o tratamiento (o mi Representante en mi nombre) por la presente consiente y autorizar \_\_\_\_\_ y otros funcionarios que participan en mi atención para administrar los procedimientos de diagnósticos, tratamiento o ambos como consideren conveniente para mantener mi salud y evaluar y para evaluar y tratar mi lesión o enfermedad. Entiendo que el proveedor responsable de mi atención médica tiene la responsabilidad de explicar el propósito, los beneficios y los riesgos más comunes en el diagnóstico y el tratamiento de mi enfermedad o lesión, así como cursos disponibles alternativos de tratamiento, y entiendo que tengo el derecho a rechazar cualquier examen sugerido, prueba o tratamiento.

**Derecho a rechazar el tratamiento:**

En dar mi consentimiento general para tratamiento, entiendo que retienen el derecho a rechazar cualquier examen particular, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicamento recomendado médicamente necesario por mis individuales tratamiento médicos. También entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se han hecho garantías a mi como a los resultados de mi evaluación y tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Patient/Authorized Representative Signature

\_\_\_\_\_  
Patient/Authorized Representative Printed Name

\_\_\_\_\_  
Date

## PHI - Lista de Contactos de Información de Salud Protegida

Por La Portabilidad del Seguro de Salud y La Acto de Rediccion de Cuentas (HIPPA) de 1996, segun enmendada, los pacientes tiene derecho a estar de acuerdo, restringir o objeto de proporcionar información de salud protegida a miembros de la familia, amigos, y otras personas identificados como implicados en el cuidado del paciente o responsable de los pagos de cuidado de la salud pacientes.

Para cumplir con las regulaciones, como se señala en la documentación de la Política de Privacidad de CHS HIPAA de los deseos de los pacientes deben estar presentes en los registros médicos.

A menos que usted se oponga, información de salud protegida puede ser revelada verbalmente a las personas que figuran a continuación para propósitos médicos. tu firma también autoriza a nuestro personal para actualice esta lista por su discreción.

---

FIRMA	RELACION	FECHA
-------	----------	-------

Por favor lista todas las personas que autoriza para la divulgación verbales de información médica.

Esposa/Esposo	_____	Telefono _____
Pareja	_____	Telefono _____
Ninos	_____	Telefono _____
Ninos	_____	Telefono _____
Madre	_____	Telefono _____
Padre	_____	Telefono _____
Hermano	_____	Telefono _____
Hermana	_____	Telefono _____
Abuelos	_____	Telefono _____
	_____	Telefono _____
Otro	_____	Telefono _____
Otro	_____	Telefono _____

### 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

## El consentimiento del paciente y el acuerdo

- Doy mi consentimiento para la participación en la instalación de Portal del Paciente, y entiendo que mi salud personal y la información de identificación individuales se hace a mi disposición en el Portal.
- Entiendo Que el uso del Portal es para el uso no emergencia
- Yo Entiendo que tengo la capacidad de proveer Portal acceso a mis representantes autorizados, y que los representantes pueden tener la capacidad de realizar todas las funciones que soy capaz de realizar Pueden ver, descargar y transmitir mi salud y la identificación individual de información.
- Entiendo Hay riesgos asociados con las aplicaciones basadas en la web y que yo soy responsable de proteger mi información de acceso
- Entiendo Que necesitan mi dirección de email para iniciar el acceso Portal, y se usará para las comunicaciones relacionadas con el Portal. Estoy de acuerdo en comunicar mis cambios de dirección por email.
- He Leído y entendido los Términos y Condiciones de Uso y yo hemos estado siempre la oportunidad de hacer preguntas.
- Entiendo Que mi acceso al Portal requiere mi aceptación de los Términos y Condiciones de uso. Si me niego a firmar en este momento, yo entiendo que puedo cambiar esa decisión en el futuro y pueda ponerse en contacto con la oficina para obtener el acceso al Portal.
- Entiendo que no seguir los Términos y Condiciones de uso pueden resultar en la cancelación del acceso al Portal.

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma Del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_ Prohibición de Acceso del Paciente al Portal

Firma Personal Clinica \_\_\_\_\_

(testigo de la negative)

Fecha

**Timberland Medical Group**  
d/b/a  
**Hill Family Medicine**

**Acuse De Recibo De Practicas De Privacidad**

Se adjunta aviso de Privacidad de esta facilidad. Su nombre y firma en esta hoja de cubierta indica que ha recibido una copia. El aviso es tuyo para siempre.

Si usted tiene alguna pregunta, puede ponerse en contacto con nuestro Oficial de Privacidad del Centro al (254) 580-8962.

**Por la presente reconozco que se me ha proporcionado una copia de la Nativacion de Practicas de Privacidad de esta facilidad.**

---

Firma del paciente o representante legal

---

Fecha

---

Hora

---

Relación con el paciente

---

Intérprete, si se utilizan

---

Firma del testigo

---

Si Telefono Consentimiento, Segunda Firma del testigo