

Palacios Family Medicine
Formulario de Admission del Paciente

Nombre: _____ **D.O.B.:** _____ **S.S.** _____

Estado Civil: ___Soletero___Casado___Divorciado___Viuda **Gender:** ___Male___Female

Raza: ___Blanco___Afroamericano ___Asiatico___Otro **Idioma:** ___Ingles___Espanol___Otro

Etnicidad: ___Hispano___No Hispano

CorreoElectronico: _____

Direccion Fisica: _____
Numero Ciudad Estado Codigo Postal

Direccion Fisica: _____
Numero Ciudad Estado Codigo Postal

Casa #: _____ **Cellular#** _____ **Otro:** _____

Metodo de contacto preferido para recordatorios automaticos ___Casa___Cellulat___Texto

Contacto de Emergencia _____ **Numero** _____

Farmacoa Preferida _____ **Ubicacion** _____ **Numero** _____

Empleador _____ **Ocupacion** _____

Numero de Telefono# _____ **Ext:** _____

Direcion _____
Numero Ciudad Estado Codigo Postal

INFORMACION DE SEGURO MEDICO (Proporcione una(s) tarjeta(s) de seguro a la recepcion):

_____ **Pago Privado** _____ **Seguro Privado** _____ **Medicare** _____ **Medicaid**

Guaranter _____ **D.O.B.** _____ **S.S.** _____

Insurance Co. _____ **ID#** _____ **Group#** _____

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE/AVISO DEPRIVACIDAD

He leído los Derechos y Responsabilidades de los pacientes y el Aviso de privacidad. Entiendo que puede recibir un copia del documento en cualquier momento.

ASIGNACION DE BENEFICIOS Y DIVULGACION DE INFORMATION

Autorizo la divulgacion de cualquier informacion medica necesaria para procesar el relcamo por los servicios que me prestaron. La asignacion de beneficios se pagara a Palacios Family Medicine. Soy consciente de mi responsabilidad de pagar cualquier saldo de servicios que mi seguro no cubra. Al firmar a continuatcion, reconozco que todo la informacion es correcta y que entiendo todas loas responsabilidades.

X: _____

Melva Palacios, MD PA
2722 W. Canton Rd.
Edinburg, TX 78539
Phone: (956) 383-4157 · Fax: (956) 383-5457

Autorizacion del Paciente

Estandar de Uso Y Divulgación de Información Protegida de Salud Información a ser utilizada o divulgada.

La información cubierta por esta autorización incluye: Información sobre la salud del paciente incluyendo, pero no limitado a, diagnostico, registros de pacientes, exámenes prestados, información de facturación y citas.

Personas Autorizadas para Usar o Divulgar Informacion

La informacion listada arriba sera usada o divulgada por:

Nombre de la persona

Relacion

Nombre de la persona

Relacion

Derechos De Los Pacientes

Derecho a suspender o revocar la autoizacion

Usted puede revocar o terminar esta autorización enviando a revocación por escrito a esta oficina y comunicándose con el Oficial de Privacidad.

Posible Re-revelacion

La informacion que se revala bajo esta autorización puede ser revelada de nuevo por la persona u organización a la que se envia. La privacidad de esta información puede no estar protegida bajo las regluciones federales de privacidad.

Entiendo que esta oficina no condicionara mi tratamiento o pago sobre si doy autorización para el uso solicitado o divulgacion.

Si entiende y esta de acuerdo con todos las pliticas anteriores, firme su nombre a continuación.

Firma individual autorizada por el paciente o legalmente

Fecha

Nombre complete del paciente

Firme del testigo

Melva Palacios, MD PA
2722 W. Canton Rd.
Edinburg, TX 78539
Phone: (956) 383-4157 · Fax: (956) 383-5457

Consentimiento para usar PHI

Reconocimiento por consentimiento para el uso y divulgación de información protegida sobre la salud

Uso y divulgación de su información médica protegida

Su Información Médica Protegida será utilizada por Palacios Family Medicine o puede ser revelada a otras personas con fines de tratamiento, obtención de pago o apoyo a las operaciones diarias de atención médica de esta oficina.

Notificación de prácticas de privacidad

Debe revisar la Notificación de Prácticas de Privacidad para obtener una descripción más completa de cómo su Información de Salud Protegida puede ser usada o divulgada. Describe sus derechos, y que se refieren al uso limitado de información de salud, incluyendo su información demográfica, recopilada de usted y creada o recibida por esta oficina. He recibido una copia de la Notificación de la Política de Privacidad Del Paciente. _____ Iniciales de Paciente

Solicitar una restricción en el uso o divulgación de su información

- Usted puede solicitar una restricción sobre el uso o divulgación de su Información Protegida de Salud.
- Esta oficina puede o no acordar restringir el uso o divulgación de su Información de Salud Protegida.
- Si aceptamos su solicitud, la restricción será obligatoria para esta oficina. El uso o divulgación de información protegida en violación de una restricción acordada será una violación de las normas federales de privacidad.

Aviso de Tratamiento en Áreas Abiertas o Comunes

A veces se usan áreas abiertas o comunes para discutir la información de salud del paciente. Las áreas privadas están disponibles para la privacidad bajo petición.

Revocación del Consentimiento

Usted puede revocar este consentimiento para el uso y divulgación de su Información Protegida de Salud. Debe revocar este consentimiento por escrito. Cualquier uso o divulgación que ya haya ocurrido antes de la fecha en que se reciba su revocación del consentimiento no se verá afectado.

Por mi firma abajo doy mi permiso para usar y revelar mi información de salud.

Firma individual autorizada por el paciente o legalmente

Fecha

Imprimir el nombre completo del paciente

Firma de testigo

Fecha