

Sugar Lakes Family Practice

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: Apellido: _____ Primero: _____ MI: _____ Preferido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SSN: _____ Género: _____ Mujer Masculina:

Estado civil: _____ Raza: _____ Etnicidad: _____ Idioma: _____

Dirección de Hogar: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ de trabajo: _____ celular: _____

Correo electrónico: _____ Compañía de Trabajo _____

Médico de Atención Primaria: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

INFORMACIÓN DE FARMACIA

Farmacia local: _____ Numero teléfono _____

Dirección: _____

Farmacia de pedido por correo: _____ Identificación con receta: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

INFORMACIÓN DE SEGUROS

Nombre del seguro: _____

ID de seguro: _____ Numero de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de Nacimiento _____

Póliza Empleador: _____

Por la presente autorizo el pago directo de los beneficios médicos de Sugar Lakes Family Practice por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo no cubierto por mi compañía de seguros. También autorizo una divulgación de mi información médica o incidental que pueda ser necesaria para la atención médica o para procesar solicitudes de beneficios financieros. Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago es correcta. Autorizo la liberación o los informes a petición. Solicito que el pago del beneficio autorizado se realice en mi nombre. Una fotocopia de las cesiones será válida como original.

Firma del paciente

Fecha

Sugar Lakes Family Practice

Apellido: _____ Nombre: _____ DOB: _____

Ocupación: _____ Religión: _____

HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Medicamentos recetados: _____

Suplementos de venta libre: _____

Problemas médicos: _____

Historia Quirúrgica: _____

Alergias: _____

¿Utilizas:

tabaco o humo: _____ Cantidad diaria: _____ Cuántos años: _____

Drogas recreativas: _____ Tipo: _____ Alcohol: _____ Cantidad Semanal _____

Ultima Colonoscopia: _____ Ultima Mamografía: _____

Ultima Densidad Ósea: _____ Ultimo Examen Dental: _____

Año de vacunación reciente:

Tétanos: _____ Gripe: _____ Neumonía: _____ Herpes zóster: _____

Hembras:

Último periodo menstrual: _____ Número de embarazos: _____ abortos espontáneos: _____

¿Tiene una Directiva Anticipada: _____

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

	vivo/fallecido	nacidos en el año	Problemas médicos
Padre			
Madre			
Niños			
Hermanos			

Problemas médicos	
Abuelos paternos	
Tías/tíos paternos	
Abuelos maternos	
Tías/tíos maternos	

Antecedentes de Cáncer (En caso afirmativo, Tipo/Quién): _____

Antecedentes de Diagnósticos Psiquiátricos (En caso afirmativo, Tipo/Quién): _____

Nombres de niños /DOB: _____

Firma del paciente Fecha

Sugar Lakes Family Practice

Reconocimiento de la recepción del aviso de prácticas de privacidad

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad para la Práctica Familiar de Sugar Lakes.

Nombre del paciente (Impresión): _____

Firma del Paciente o Guardián: _____

Fecha: _____

Para obtener resultados médicos, por favor póngase en contacto conmigo en los siguientes números:

(por favor, no enumere el número que no desea que le llamen)

Trabajo: _____

celda: _____

Casa: _____

Mis resultados médicos y/o documentos se pueden dar a:

Cónyuge (nombre): _____

Otro(nombre): _____

****Sugar Lakes Family Practice se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en el aviso.***

Sugar Lakes Family Practice

Política financiera

Gracias por elegirnos su proveedor de atención médica primaria. Estamos comprometidos a proporcionarle atención médica de calidad y asequible y necesitamos su asistencia y comprensión de nuestra política de pagos. Le pedimos que revise y firme esta política, haciendo preguntas según sea necesario.

Seguro: Aceptamos y participamos en la mayoría de los planes de seguro. Si su seguro no es un plan en el que participamos, se espera el pago total en cada visita. Conocer sus beneficios de seguro es su responsabilidad. Nuestra oficina presentará una reclamación de seguro para usted por los servicios prestados y le ayudará de cualquier manera que razonablemente podamos para ayudar a que se paguen sus reclamos. Es posible que su compañía de seguros no acepte información de nuestra oficina y que necesite información suya. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad, tanto si su compañía de seguros paga como si no. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros; no somos parte en ese contrato. Comuníquese con su aseguradora con cualquier pregunta que pueda tener con respecto a su cobertura para recibir el máximo beneficio.

Pago del paciente: Los copagos y deducibles se deben pagar en el momento del servicio. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros.

Cambios en la cobertura de seguro: Si usted no nos proporciona la información correcta del seguro, o su seguro cambia y no nos notifica de manera oportuna, usted puede ser responsable del saldo de una reclamación. La mayoría de las compañías de seguros tienen restricciones de presentación de tiempo; si una reclamación no se recibe dentro de los 30 días de la fecha de servicio, puede ser ilegible para el pago y usted será responsable del saldo que queda.

Pacientes no asegurados o de auto pago: Ofrecemos un descuento a nuestros pacientes que no tienen seguro. Tenga en cuenta que el descuento solo es bueno cuando los cargos se pagan el día del servicio. Si los cargos no se pagan en el momento del servicio, el descuento se eliminará, y el pago del cargo completo se espera antes de la próxima visita. Si un saldo permanece, recibirá un estado de cuenta mensual que vence al recibirlo. Cualquier saldo de cuenta durante 90 días estará sujeto a revisión para la acción de cobro.

Formularios: Hay una tarifa de \$25 por completar formularios (incluyendo FMLA, licencia por enfermedad, AFLAC, formularios de seguro de discapacidad, etc.) y una tarifa de \$5 por recoger recetas de sustancias controladas. Estos cargos por formulario deben ser pagados cuando los formularios se envían a nuestra oficina para su finalización, el cargo por receta se debe en el momento de la recogida.

Responsabilidad financiera de los menores: A menos que se hayan hecho arreglos previos, los cargos por hijo menor visto en la oficina serán responsabilidad del adulto que acompañe al niño menor.

Cheques devueltos: Los cheques devueltos están sujetos a un cargo de **\$25.00**.

Solicitud de Registros Médicos: Habrá un cargo de **\$25 o más (dependiendo del número de páginas)** por cada solicitud de registros médicos.

Crédito y cobro: Si su cuenta tiene más de 90 días de vencimiento, recibirá una carta indicando que tiene un saldo pendiente y debe realizar el pago en ese momento. Los pagos parciales (es decir, planes de pago) no se aceptarán a menos que se negocie lo contrario. Tenga en cuenta que, si un saldo ha permanecido sin pagar, puede enviarse a una agencia de cobro. Si una cuenta es enviada a la recolección, nuestra oficina se reserva el derecho de dar de alta al paciente de la práctica. En este caso, se notificará al paciente que tendrá que encontrar atención médica alternativa.

Tarifa de administración del teléfono: Puede haber un cargo de \$25 por administrar y tratar enfermedades agudas menores (por ejemplo, frío, gripe o congestión sinusal) por teléfono. La tarifa de administración del teléfono no se facturará a su seguro y es su responsabilidad total. El pago se cobrará por teléfono y puede solicitar un recibo. Gracias por entender nuestra política financiera.

Al firmar a continuación, reconozco que soy consciente de la naturaleza confidencial y/o privilegiada de la información que se divulga y entiendo los beneficios y/o desventajas de divulgar dicha información. Por la presente libero a la arriba Facility, sus afiliados y su agente y representantes, (incluidas las agencias de cobro) de todas las responsabilidades legales que puedan resultar de la divulgación de esta información de acuerdo con esta solicitud. También consiento y autorizo expresamente ser contactado por el número de teléfono proporcionado (celular o residencial) por cualquier tipo de método de voz y por tecnología de marcado automático para cualquier propósito permisible.

Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud. He leído, entiendo y acepto acatar la política financiera establecida.

Firma del paciente/parte responsable

Fecha

Sugar Lakes Family Practice

Consentimiento y acuerdo de prescripción de sustancias controladas

El siguiente es un acuerdo entre el paciente y los proveedores de atención médica de esta práctica para establecer directrices claras para la prescripción y el uso de sustancias controladas. Esto incluye medicamentos recetados para tratar afecciones como dolor, ansiedad, trastorno del y trastorno por déficit de atención. Esto es para ayudar a garantizar la seguridad del paciente y el cumplimiento de la ley con respecto a estos medicamentos.

Voy a

- Comunicar completa y precisamente a mi proveedor el carácter y la intensidad de mis síntomas, el efecto que estos síntomas tienen en mi vida diaria y lo bien que el medicamento ayuda a aliviar los síntomas.
- Proteja mis medicamentos de la pérdida o el robo y entienda que los medicamentos perdidos o robados no serán reemplazados.
- Solicitar sustancias controladas (incluidas las recargas) solo en la visita a la oficina o durante el horario comercial regular, no se proporcionarán recetas durante las noches y/o los fines de semana.

No voy a

- Compartir mis recetas con cualquier otra persona
- Intentar obtener nuevas recetas o recargas para sustancias controladas de otros proveedores de atención médica sin informar a mi proveedor de prescripción en esta práctica
- Use mis sustancias controladas prescritas junto con alcohol, medicamentos para dormir de otras sustancias / medicamentos que pueden causar somnolencia
- Aumentar mi dosis y/o frecuencia sin el permiso de mi proveedor en ninguna circunstancia
- Llamada para recargas antes de lo que se les adeuda

Entiendo

- Que las sustancias controladas tienen efectos secundarios potenciales incluyendo adicción, daño hepático / riñón, reacciones alérgicas, somnolencia y deterioro mental.
- Que si no hay evidencia de mejoría en los síntomas (dolor, ansiedad) y /o mi calidad de vida con el uso de los medicamentos prescritos, pueden ser interrumpidos
- Si me remiten a otro proveedor de atención médica o tratamiento (es decir, especialista. Manejo del dolor, terapia física, consejería) y no sigo adelante con esta recomendación, mis medicamentos pueden ser descontinuados
- Se me pedirá que haga un seguimiento con mi proveedor regularmente y no menos de cada 6 meses
- Los medicamentos no se rellenarán a tiempo debido a los viajes, el paciente que usa medicamentos a dosis/frecuencia según lo prescrito (a menos que el consentimiento previo dado por el prescriptor)

Doy mi consentimiento para

- Mi proveedor revisa mis registros médicos de otros proveedores de tratamiento o farmacias
- Pruebas aleatorias de drogas y/o recuentos aleatorios de píldoras del proveedor de atención médica

Al firmar a continuación, acepto que entiendo los términos de este contrato y pediré aclaraciones de cualquier problema que no entiendo. Doy mi consentimiento para el tratamiento de mi(s) condición(s) con sustancias controladas. Entiendo que mi incumplimiento de los términos de este acuerdo puede resultar en la interrupción de las sustancias controladas prescritas y la terminación de la relación médico-paciente.

Firma del paciente

Fecha

Sugar Lakes Family Practice

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Consentimiento informado para el uso del Portal del Paciente

Sugar Lakes Family Practice ofrece esta herramienta de comunicación segura y compatible con HIPAA para permitir la comunicación con la enfermera/proveedor, para obtener resultados de laboratorio y acceso a sus registros médicos. Es un servicio opcional y nos reservamos el derecho de suspenderlo o terminarlo en cualquier momento. Le alertaremos de cualquier cambio tan pronto como sea posible. Al firmar a continuación, usted confirma que ha leído, comprende y acepta cumplir con nuestros procedimientos y directrices para usar el portal del paciente. También acepta no hacer responsable a Sugar Lakes Family Practice o a cualquiera de sus empleados de infracciones de la red fuera de su control.

Privacidad y seguridad

El portal web o la página web tiene una conexión de túnel segura con nuestra clínica que utiliza el cifrado para evitar que personas no autorizadas puedan acceder y leer su información de salud. Para ayudar a garantizar que el túnel permanece seguro, necesitamos tener su dirección de correo electrónico (privada) actual y ser informado si alguna vez cambia. Su dirección de correo electrónico es confidencial y está protegida. Todo el acceso a nuestra red interna y registros médicos electrónicos está protegido por contraseña.

_____ **Sí**, me gustaría inscribirme _____ **No**, no quiero inscribirme

Correo electrónico: _____

Firma (Paciente o Guardián) _____ **Fecha** _____