

**INFORMACION DE NUEVO PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Referido Por: \_\_\_\_\_

APELLIDO

NOMBRE

INICIAL

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Licencia: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Genero:  Masculino  Femenino Marital Status:  Soltero  Casado  Divorciado  ViudoRaza:  Afroamericano  Nativo Americano  Asiatico  Polinesio  CaucasicoOtro: \_\_\_\_\_  DeclinacionEtnicidad:  No hispano o latino  Hispano o latino  Declinacion

Direccion : \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Cell #: \_\_\_\_\_ Tel #: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Informacion de Persona Responsable / Tutor** Misma informacion de paciente

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

Relacion de el paciente con responsable o tutor:  Conyugue  Hijo (a) Otro \_\_\_\_\_**Informacion de Seguro Medico**

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Numero de Poliza #: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Nombre de suscriptor : \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Grupo #: \_\_\_\_\_ Co-Pago: \$ \_\_\_\_\_

Relacion de el paciente con el suscriptor:  Subscriptor  Conyugue  Hijo (a)

Otro \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario:** \_\_\_\_\_ Numero de Poliza#: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Nombre de suscriptor : \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Grupo #: \_\_\_\_\_ Co-Pago: \$ \_\_\_\_\_

Relacion de el paciente con el suscriptor:  Subscriptor  Conyugue  Hijo (a)

Otro \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente \_\_\_\_\_

Cell #: \_\_\_\_\_ Tel #: \_\_\_\_\_

**Informacion de Farmacia**

Farmacia: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_



## Formulario de Consentimiento

Por la presente doy mi consentimiento a Mariela Bernal Irizarry M.D. Laredo Physicians Group y los autorizo a proporcionar mi tratamiento médico. Entiendo que Laredo Physicians Group explicará mi (s) condición (es), los riesgos previsibles y los métodos de tratamiento para mi condición antes de que se brinde el tratamiento. Autorizo a Laredo Physicians Group a realizar cualquier tratamiento adicional o diferente que se considere necesario si, en una situación de emergencia se descubre una condición que no se conocía previamente.

He leído detenidamente y entiendo completamente este formulario de Consentimiento para tratamiento y he tenido la oportunidad de hablar sobre mi afección y el (los) procedimiento (s) anterior (es) con el proveedor de atención médica. Todas mis preguntas han sido respondidas adecuadamente.

Nombre de el Paciente \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor legal (para el menor) \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA RECETAS ELECTRÓNICAS Y LA HISTORIA DE MEDICAMENTOS

Entiendo que, como parte de mi registro médico electrónico, Laredo Physicians Group transmitirá mis recetas electrónicamente, según lo permitido, a la farmacia que designo como mi principal proveedor de farmacia. Además, Laredo Physicians Group obtendrá el historial de mis recetas anteriores de los representantes de farmacia y entiendo que esas recetas se convertirán en parte de mi registro electrónico de salud. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento a las acciones anteriores.

Firma del paciente o representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO DE LLAMADAS

La Ley de Protección al Consumidor Telefónico (TCPA) requiere que una persona brinde "consentimiento expreso" para llamadas automatizadas a números de teléfono móvil. Laredo Physicians Group utiliza llamadas telefónicas automáticas para recordatorios sobre próximas citas, llamadas grupales, llamadas de resultados y llamadas de pago automático.

¿Acepta recibir llamadas automáticas en su teléfono móvil ?: **SI** **NO**

Las personas tienen derecho a solicitar comunicaciones confidenciales de Laredo Physicians Group por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Si tiene restricciones específicas sobre cómo le gustaría que Laredo Physicians Group se comunique con usted favor de especificarlo aquí \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar este consentimiento, usted reconoce que ha recibido el Aviso de prácticas de privacidad antes de que la práctica le proporcione algún servicio, y usted acepta el uso y la divulgación de su información médica tal como se establece en el presente, excepto como se establece expresamente a continuación.

Por la presente solicito las siguientes restricciones sobre el uso y / o divulgación (especificar según corresponda) de mi información:

---

---

---

Nombre : \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma de paciente o representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si es representante legal, relacion con el paciente: \_\_\_\_\_

Testigo (optional) : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

1) Acepto toda la responsabilidad por el pago de todos los servicios profesionales prestados para mi atención y estoy de acuerdo en pagar mis facturas por completo AL MOMENTO DEL SERVICIO, a menos que se hagan otros arreglos por adelantado. Al firmar este consentimiento, asigno todos los derechos, títulos e intereses y autorizo el pago directo a Laredo Physicians Group de cualquier beneficio o beneficio de seguro bajo la Ley de Seguridad Social por los servicios. Laredo Physicians Group (IPM) ayudará a facturar a mi compañía de seguros, pero soy financieramente responsable de los cargos no recaudados por esta asignación. Autorizo a Laredo Physicians Group a facturarle a mi asegurador o pagador de terceros y recibir el pago directamente de ellos. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por el seguro médico.

2) Reconozco que, en la medida necesaria para determinar la responsabilidad del pago o para obtener un reembolso, Laredo Physicians Group puede divulgar mis registros a cualquier persona, administración de seguro social, seguro médico, plan de servicio médico, asegurador de servicio de compensación de trabajadores que sea o puede ser responsable de todos o algunos de los cargos. Además, Laredo Physicians Group puede divulgar mis registros a otros proveedores tratantes, proveedores de atención médica, comités de auditoría con el fin de mejorar la calidad, y las agencias estatales y federales correspondientes.

3) Mi firma reconoce que se me ha otorgado el derecho de hacer preguntas y recibir información sobre cualquier servicio y que firmo voluntariamente este consentimiento. Una fotocopia o una copia enviada por fax de esta autorización se considerará tan válida como el original.

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente o persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



## AVISOS DE PRÁCTICA

ACUERDO FINANCIERO: Al firmar este acuerdo financiero autorizo la divulgación de toda la información o documentos a todas las partes relacionadas con la obtención de mis beneficios de seguro para reclamos presentados en mi nombre y / o dependientes. Asimismo, acepto y acepto expresamente que mi firma en este documento autorice a mi médico y a todas las partes necesarias a presentar reclamos para obtener beneficios por servicios prestados sin obtener mi firma en cada reclamo presentado para mí y / o dependientes. Por la presente autorizo a mi compañía de seguros a pagar y por este medio asigno directamente, Laredo Physician Care Clinic / Mariela Bernal Irizarry M.D. Además, reconozco que los beneficios del seguro, cuando sean recibidos y pagados, se acreditarán en mi cuenta, de acuerdo con la asignación de mi compañía de seguros. Cualquier cargo no pagado es mi responsabilidad de acuerdo con nuestros acuerdos contractuales con su seguro y cuando se rija por la ley estatal / federal. El pago total vence en el momento de la entrega del servicio, a menos que se hayan hecho o se hayan ordenado otros arreglos por ley. Entiendo que tengo la obligación principal y la obligación de pagarle a mi médico por sus servicios, sin perjuicio de cualquier contrato que pueda tener con un pagador externo (es decir, compañía de seguros, empleador, etc.). Entiendo que como receptor de atención médica, yo soy responsable de todos los cargos, independientemente de las circunstancias de reembolso.

### Aviso sobre las Practicas de Privacidad

Laredo Physician Care Clinic / Mariela Bernal Irizarry M.D. Office no publicará ni pondrá a disposición de manera general ningún tipo de información de salud individual identificable o datos que identifiquen a un paciente para fines distintos al tratamiento, pago u otras operaciones de atención médica sin su consentimiento expreso por escrito. Esto no restringe el uso interno de dicha información o datos que se requieren en el desempeño del alcance del trabajo que esta oficina ha contratado para realizar hacia nuestro paciente. Esta oficina mantiene salvaguardias físicas, electrónicas y de procedimiento para proteger la información de salud individualmente identificable. Como nuestro paciente tiene derecho a solicitar protecciones de privacidad especiales. Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgación de su información médica, mediante una solicitud por escrito que especifique qué información quiere limitar y qué limitaciones hay en nuestro uso o divulgación de esa información que desea imponer. Por la presente reconozco que este Aviso de prácticas de privacidad de las prácticas médicas se me ha puesto a disposición. Además, reconozco que se publicará una copia del aviso actual en el área de recepción y que se me ofrecera una copia de el mismo.

Firma de el paciente o persona responsable	Relacion con el paciente	Fecha
--	--------------------------	-------