

REGISTRO DEL PACIENTE ADULTO

Fecha de hoy:			
Información de Paciente			
Primer nombre y apellido		Idioma preferido	
Dirección		Ciudad, Estado	Código postal
Teléfono (Casa)	Teléfono (Celular)	Teléfono (Trabajo)	Correo electrónico
Fecha de nacimiento	Edad	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Preferencia de contacto:			
<input type="checkbox"/> Teléfono (Casa) <input type="checkbox"/> Teléfono (Celular) <input type="checkbox"/> Teléfono (Trabajo) <input type="checkbox"/> Correo electrónico			
Su selección nos da permiso para contactarlo.			
Nombre de su empleo/escuela			
Contacto de emergencia		Relación	Teléfono
Como se entero usted de nuestra oficina?			
Responsabilidad Financiera			
La persona responsable de la cuenta		Relación al paciente	
Dirección (si es diferente)		Ciudad, Estado	Código postal
Teléfono (Casa)	Teléfono (Celular)	Teléfono (Trabajo)	Empleo
Fecha de nacimiento	Seguro social	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Seguro Primario: HMO or PPO or Medicare or Medicaid (círcule uno)			
Nombre de su seguro		Teléfono de su seguro	
Dirección de la seguro		Ciudad, Estado	Código postal Licencia de conducir #
Nombre del asegurado		Número de identificación	Número de grupo
Relación al paciente		Fecha de nacimiento	Seguro social

Seguro Secundario: HMO or PPO or Medicare or Medicaid (circule uno)			
Nombre de su seguro	Teléfono de su seguro		
Dirección de la seguro	Ciudad, Estado	Código postal	Licencia de conducir #
Nombre del asegurado	Número de identificación	Número de grupo	
Relación al paciente	Fecha de nacimiento	Seguro social	

Consentimiento de Tratamiento

Yo autorizo tal cuidado médico, tratamiento o pruebas de diagnóstico como puede ser recomendado y entiendo que no hay garantía de resultado. Este se quedará vigente hasta que retire mi consentimiento por escrito.

Nombre _____ Fecha De Nacimiento _____

Razón de la Visita

Historia Médica

Alergias (Medicina, Comida, Etc.):

--

Cirugías/Hospitalizaciones Y Fechas:

Quando Fue Su Último

Mamograma (35 años)	Auto examen de seno	Auto examen testicular

Historial de Vacunas

Vacuna de Difteria/tétano	Vacuna de la influenza	Vacuna de neumonía

Medicamentos Actuales:

Medicina	Empezó	La dosis	El propósito

Historial Médico Familiar (Circule Si o No) Algún Familiar Suyo Ha Tenido (Madre, Padre, Hermanos):

Cáncer:	Si	No	Problemas de Corazón	Si	No
Diabetes:	Si	No	Presion Alta	Si	No

Ha Padecido Algo de lo Siguiente (Circule Sí o No):

S	N	Presion Alta	S	N	Anemia
S	N	Diabetes	S	N	Flebitis
S	N	Glaucoma	S	N	Moretones Anormal
S	N	Dolores de Cabeza	S	N	Sangramiento Anormal
S	N	Enfermedad/Lesiones en los Ojos	S	N	Cáncer
S	N	Infecciones En Los Oidos	S	N	Ulcera Digestiva
S	N	Asma	S	N	Problemas de la Vesicula Biliar
S	N	Dolor de Pecho	S	N	Hepatitis/Ictericia
S	N	Falta de Respiración	S	N	Sangre en la popo
S	N	Sangramiento Excesivo Después de Cirugía o Extracción de Dientes	S	N	Hemorroides
S	N	Artritis	S	N	Cambio en la popo
S	N	Neumonía	S	N	Retortijones/Dolor Abdominal
S	N	Soplo en el Corazón	S	N	Problemas de Riñón/Piedras en el Riñones
S	N	Tarda en Cerrar las Heridas	S	N	Pensamientos de suicido
S	N	Enfermedad de la Tiroides	S	N	Dificultad al Orinar
S	N	Dificultad para Dormirse	S	N	Problemas de la Próstata
S	N	Convulsiones	S	N	Dolor o Inflamación de los Testiculos
S	N	Sensación de Adormecimiento/Hormigueo	S	N	Sangre en la Orina
S	N	Desmayos	S	N	Otro: _____
S	N	Mucha sed ultimamente			

Ginecología:

Fecha de su última menstruación	Número de embarazos
Fecha de su prueba de papanicolaou	Algún aborto

Fuma o ha fumado alguna vez? Si No # Número de Cigarrillos por dia _____ #Años _____

Toma bebidas Alcoholicas? Si No # Número por Semena _____

Usa Drogas? Si No

Firma de Padres: _____ Fecha: _____

Médico Revisado: _____ Fecha: _____



ANCOR HEALTH CENTER, PA POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir a Ankor Health Center como su proveedor del cuidado médico. Una hoja de información del paciente y información actual del seguro médico se requiere antes de ver al médico. Es su responsabilidad de informarle a nuestra oficina cualquier cambio que implica estos documentos.

Los siguientes son nuestros requisitos para el pago de servicios médicos:

El relación con el honorario para los servicios del paciente

Requerimos el pago por completo para los servicios proporcionados a los pacientes sin seguro. El pago se puede hacer por el efectivo, el cheque, el money order, o tarjeta de crédito. Habrá un cobro adicional de \$30.00 si un cheque es regresado por fondos insuficientes.

En relación con las aseguranzas

Aceptaremos la asignación de ventajas de su seguro primario y de un otro seguro. Una copia de sus tarjetas del seguro es requerida por nuestra oficina, y cualquier cambio se debe traer a nuestra oficina. Si su política tiene un deducible un copago hacer ese pago a la hora de servicio. Al no proporcionar a la oficina la información actual del seguro médico, la factura será puesta en balance y será responsable del paciente para pagarla. **La falta de proveer de nuestra oficina la información actual de seguro que esa lleva a no pague de la compañía de seguros dará lugar al equilibrio que es transferido a la responsabilidad paciente.**

En relación con servicios no cubiertos

Tenga entendido que el Medicaid y algunas compañías de seguros consideran ciertos servicios no cubiertos, por lo tanto, usted tendrá que pagar estos servicios.

En relación con regimenes de seguros donde estamos abastecedor participante

Todo co-pago y los deducibles serán colectados a la hora del servicio.

Tarifas habituales

Nuestra práctica está confiada a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes y cobramos lo que es habitual y acuerdo en nuestra área y acuerdo seguir los términos de esta política financiera.

He leído y estoy de acuerdo en seguir los términos de esta política financiera.

Firma de Padres

Fecha



818 N. Fourth St. Longview, TX 75601

P: (903) 236- 8600

FONDOS INSUFICIENTES (NSF)

El centro médico de Ancor cobrará lo mínimo de \$30.00 por cualquier pago que haya sido devuelto como fondos no suficientes (NSF). El centro médico de Ancor notificará a la persona responsable del chequeo sin fondos por correo. La persona responsable tiene siete días hábiles para pagar la tarifa de \$30.00 a Ancor Health Center. Si no se ha pagado, la tasa no suficiente se aplicará al saldo de la persona responsable. Si ha ocurrido, un fondo insuficiente, Ancor Health Center ya **no aceptará cheques** de la parte responsable.

Imprimir el nombre de la persona responsable _____ Fecha _____

Firma del nombre de la persona responsable _____

RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, _____ reconozco que he leído y entiendo el aviso de las prácticas de
Nombre del Guardián

privacidad dado a mi este _____ día de _____ Mes, 20 _____
Año

Firma: _____

Nombre del Paciente: _____

Testigo: _____



CONSENTIMIENTO PARA DAR INFORMACIÓN MÉDICA A SUS AMIGOS Y FAMILIA

Si desea tener ciertos miembros de su familia o otras personas que puedan recibir su información personal de la salud en su nombre, debe proporcionar su información a continuación. Valoramos su privacidad y le pedimos que nos ayude a identificar la persona con quien le gustaría que hablemos sobre su información médica.

Por favor identifique a la persona que usted desee Anchor Health Center pueda discutir su información médica:

DOY PERMISO a Anchor Health Center para dar mi información acerca de mi salud médica y arreglos de pago. A los miembros de mi familia y a la persona(s) que he nombrado a continuación:

Nombre: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Relación: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Relación: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

* Si el paciente es menor de edad (_____ años de edad)* O no puede dar su consentimiento (escriba la razón):

Firma del representante de parte del Paciente: _____ Fecha: _____

Autoridad legal para actuar en nombre del paciente: _____



INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

La información anterior se divulga para el siguiente propósito y ese propósito solamente, otro uso está prohibido: Establecer atención con ANCOR HEALTH CARE CENTER. Todos los registros médicos relacionados con el ambulatoria de mi condición, incluyendo, pero no limitado a pruebas psicológicas, SIDA o anticuerpos contra el VIH. Esta autorización expirará (30) días a partir de la fecha de evento o condición de la siguiente manera:

Firma del paciente/representante: _____

Relación al paciente: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fecha: _____

Testigo: _____



AUTORIZACION DE HIPAA PARA EL CONSENTIMIENTO VOSO DE FOTOGRAFÍAS

Ankor Health Center, PA (Ankor) siempre está satisfecho cuando los pacientes están dispuestos a comunicar las historias, experiencias e información sobre su tratamiento recibido con nosotros. Compartir su historia puede ayudar a otras personas que están interesadas en saber más acerca de los servicios al paciente proporcionados por Ankor y puede ayudar a Ankor a promover su misión de proporcionar una excelente atención médica.

Ankor respeta la privacidad de nuestros pacientes, visitantes y personal. Garantizar que la información médica se mantenga confidencial es una de nuestras prioridades más altas. Ankor busca su permiso para permitirnos tomar y utilizar material fotográfico de usted en las comunicaciones internas y externas de Ankor, incluidas las publicaciones médicas y de interés general y la información médica y educativa del paciente, y distribuir dichos materiales en línea, impresos y en medios de comunicación (como periódicos y revistas).

Para asegurarse de que Ankor está actuando de acuerdo con sus deseos, y utilizando su información personal con su autorización, le pedimos que rellene y firme este formulario. Ankor conservará una copia de su permiso por escrito en el archivo.

- Doy mi permiso para que Ankor use mi nombre o el de mi hijo y comparta detalles de mi tratamiento y experiencia como paciente en comunicaciones producidas por o en nombre de Ankor, y consiento tomar y hacer uso de mis imágenes fotográficas y/o de mi hijo en publicaciones producidas por o en nombre de Ankor. Este permiso se extiende tanto a las versiones electrónicas en los sitios web de Ankor y otras aplicaciones de Internet/electrónicas, así como a la impresión.
- Doy mi permiso para que Ankor libere mi nombre y los detalles de su atención médica a las noticias y los medios electrónicos, incluyendo, pero no limitado a, publicaciones en Internet/en línea, televisión, radio, periódicos y/o revistas, y permitir que los medios de comunicación tomen imágenes (digitales o de otro tipo) de mí o de mi hijo con el propósito de ilustrar mi tratamiento y experiencia como paciente de Ankor.

Puede solicitar una copia de esta autorización verbalmente con el Departamento de Registros Médicos, y/o solicitar que se la envíe por correo. Entiendo que no tendré derecho a ningún pago u otra forma de remuneración como resultado de cualquier uso de cualquier información y material fotográfico.

Soy consciente de que mi información médica protegida existirá para siempre en la versión impresa, y/o electrónica u otra versión que pueda desarrollarse con el tiempo y que una vez que se publique o divulgue en cualquier forma seguirá utilizándose. Entiendo que la información sobre mí o mi hijo utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a la re-divulgación por parte del receptor y ya no estará protegida por las regulaciones federales que protegen la privacidad de la información de salud de un individuo bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA") y otras leyes federales y estatales aplicables.

Entiendo que puedo revocar o retirar este permiso en cualquier momento para prohibir el uso futuro de mi información. Para hacerlo, debo enviar una notificación por escrito al Centro de Salud de Ankor al 818 N. Fourth Street Longview, TX 75601. Entiendo que Ankor, así como otras personas o entidades, conservará copias de dichas versiones electrónicas o impresas y conservará estas versiones para siempre y que cualquier revocación de esta autorización sólo se extenderá a las versiones de la información bajo el control de Ankor que no hayan sido publicadas previamente. Si no lo recojo/retraje por mí, esta autorización expira diez (10) años a partir de la fecha en que la firmo.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fecha: _____