



Formulario de registro de nuevo paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Paciente Nombre: DOB: Estado civil: Sexo al nacer: Identidad de género: Seguridad Social #: Correo electrónico: Teléfono: Dirección: Ciudad: Estado: Código postal: Raza: Etnia: Idioma principal hablado: Empleado: Teléfono del trabajo: Doctor Primario / Doctor de Cabezera: Numero de Telefono del Doctor Primario/ Doctor de Cabezera: Médico que lo referio: Teléfono del médico que lo referio:

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE / PADRE O TUTOR

Nombre: Género: DOB: Estado civil: Seguridad Social #: Correo electrónico: Teléfono: Dirección: Ciudad: Estado: Código postal: Relación con el paciente: Idioma principal hablado: Empleado: Teléfono del trabajo:

OTRA INFORMACIÓN DE PADRES O TUTORES

Nombre: Género: DOB: Estado civil: Seguridad Social #: Correo electrónico: Teléfono: Dirección: Ciudad: Estado: Código postal: Relación con el paciente: Idioma principal hablado: Empleado: Teléfono del trabajo:

PREFERENCIA DE LA FARMACIA

Las recetas se envían electrónicamente a la farmacia de su elección. Proporcione la información apropiada. Nombre de Farmacia: Número de teléfono: Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre de Compania de Seguro Primaria: Teléfono del plan: Nombre de la persona asegurada: Fecha de nacimiento del asegurado: Relacion al Paciente: #ID de Poliza Grupo #: Nombre de Compania de Seguro Secundaria: Teléfono del plan:

Nombre de la persona asegurada: _____
 Fecha de nacimiento del asegurado: _____
 Relacion al Paciente: Yo (mismo) Niño Hijastrro Esposa Otro _____
 #ID de Poliza _____ Grupo # _____

Nombre de Compania de Seguro Terciaria: _____ Teléfono del plan: _____
 Nombre de la persona asegurada: _____
 Fecha de nacimiento del asegurado: _____
 Relacion al Paciente: Yo (mismo) Niño Hijastrro Esposa Otro _____
 #ID de Poliza _____ Grupo # _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del familiar más cercano que no vive con usted: _____
 Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente autorizo el pago directamente al médico del Children's Heart Center (CHC) de todos los beneficios de seguro que de otro modo se pagarían a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por un seguro, y por todos los servicios prestados por mí o por mis dependientes. Autorizo a los médicos y / oa cualquier proveedor o proveedor de servicios en esta oficina a divulgar la información requerida para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros. Autorizo que se use una copia de este documento en lugar del original. He leído y estoy de acuerdo con lo anterior.

X _____
 Firma del Paciente (Si el paciente es menor de edad (menor de 18 años), el padre o tutor responsable debe firmar arriba y completar la información a continuación.

Nombre del Padre / Guardián (Imprimir): _____
 Relación con el paciente: _____

PRACTICAS DE PRIVACIDAD FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

- Reconozco que el Aviso de prácticas de privacidad del Children's Heart Center (CHC) está disponible a pedido.
- Estoy de acuerdo en que los mensajes telefónicos con respecto a mis citas, renovaciones de las prescripciones, resultados de laboratorio y toda otra Información de Salud Protegida (PHI) como se define en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 y sus reglamentos, Pueden dejarse para mí en los sistemas de correo de voz, contestadores automáticos o direcciones de correo electrónico en los siguientes números de teléfono y direcciones de correo electrónico, además de cualquier otro número proporcionado por usted:

Teléfono (____) ____ - _____ Casa Oficina Móvil * Otro _____
 Correo electrónico _____

- Estoy de acuerdo en que mi PHI se puede compartir con mi:
 - Madre (Proporcione su nombre complete) _____
 - Padre (Proporcione su nombre complete) _____
 - Esposa (Proporcione su nombre complete) _____

Al marcar esta casilla, autorizo a CHC a divulgar mi información demográfica a Children's Heart Foundation, una organización sin fines de lucro en Nevada que beneficia a los niños que tienen o desarrollan un problema cardíaco. www.chfn.org

X _____ Fecha: _____
 Firma del Paciente (Si el paciente es menor de edad (menor de 18 años), el padre o tutor responsable debe firmar arriba y completar la información a continuación.

Nombre del Padre / Guardián (Imprimir): _____
 Relación con el paciente: _____