

FORMULARIO DE INGRESO DEL PACIENTE



Fecha de Hoy: _____

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre Completo Legal del Paciente: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ Género: Masculino / Femenino

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Estado Civil: Soltero/Casado/Divorciado/Separado/Viudo Teléfono Celular: (____) _____

Teléfono Alternativo: (____) _____ Correo Electrónico: _____

Empleador: _____

Ocupación: _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____

ASEGURADO/SUSCRIPTOR

Nombre: _____ Relación: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal: _____

Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Número de Identificación: _____ Número de Grupo: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

En caso de emergencia, ¿a quién debemos contactar?: _____

Relación: _____ Teléfono: (____) _____ Teléfono Alternativo: (____) _____

Dirección (si no vive con usted): _____

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA A AMIGOS Y FAMILIARES

¿Autoriza usted a StatCare Urgent Care a divulgar su Información Médica Protegida (PHI), incluyendo condición médica, resultados de pruebas, diagnóstico y planes de tratamiento, a un familiar u otra persona designada? Su información médica permanecerá confidencial y no será compartida con familiares, amigos, empleadores o su cónyuge a menos que usted otorgue autorización explícita.

NO – NO autorizo la divulgación de mi PHI a ninguna persona.

SÍ – Autorizo a StatCare Urgent Care a divulgar información relacionada con mi condición, diagnóstico, tratamiento y resultados a la(s) persona(s) indicada(s) abajo. Esta autorización **no incluye** notas de psicoterapia, información sobre VIH/SIDA, registros de trastornos por uso de sustancias (42 CFR Parte 2), ni otra información especialmente protegida, salvo autorización legal separada.

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo revocarla en cualquier momento por escrito.

X _____ / _____ Fecha: _____
Firma del paciente Nombre en letra de molde

SE REQUIERE LA FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS

Nombre legal completo del padre/tutor (en letra de molde) _____

Firma del padre/tutor _____ Fecha: _____

DIRECTIVA ANTICIPADA / TESTAMENTO EN VIDA

¿Tiene una directiva anticipada o testamento vital? Sí (Por favor traiga una copia para nuestros archivos) No
Si desea información, hable con su proveedor de atención médica.



CESIÓN DE BENEFICIOS Y AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Autorizo a StatCare Urgent Care a usar y divulgar mi PHI respecto a mí o a mi dependiente menor según lo permitido bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y la Ley de Privacidad Médica de Texas (Código de Salud y Seguridad de Texas, Capítulo 181) para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Dicha divulgación puede incluir presentación de reclamaciones, verificación de seguro, coordinación de atención con otros proveedores médicos, actividades de revisión de calidad y transmisión electrónica legalmente permitida. Toda divulgación se limitará a la información mínima necesaria requerida por la ley federal y del estado de Texas.

Autorizo el pago directo de los beneficios del seguro a StatCare Urgent Care por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable financieramente por deducibles, coaseguros y cualquier cargo no cubierto por el seguro.

Esta autorización permanece vigente a menos que sea revocada por escrito y no aplica retroactivamente a acciones ya tomadas.

X _____ / _____ Fecha: _____
Firma del paciente/Garante Nombre en letra de molde

AUTORIZACIÓN DEL BENEFICIARIO DE MEDICARE (Si aplica)

Certifico que la información proporcionada para el pago de Medicare es correcta. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar esta reclamación y solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice directamente a StatCare Urgent Care.

X _____ / _____ Fecha: _____
Firma del paciente/Garante Nombre en letra de molde

ACUERDO FINANCIERO Y DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Acepto pagar por los servicios prestados por StatCare Urgent Care. Entiendo que soy responsable por deducibles, coaseguros, servicios no cubiertos y saldos no pagados por el seguro. El pago vence al momento del servicio, a menos que se hagan otros arreglos. Los saldos impagos pueden ser enviados a cobranza según lo permitido por la ley de Texas. Se pueden agregar costos razonables de cobranza y honorarios de abogado según lo permitido por la ley.

Iniciales del Paciente/Garante X _____

CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO

Yo, o el tutor legal actuando en nombre del paciente, doy mi consentimiento voluntario para la evaluación médica, procedimientos diagnósticos y tratamiento proporcionados por médicos, asistentes médicos (PAs), enfermeros practicantes (NPs) y otro personal clínico afiliado con StatCare Urgent Care.

Entiendo que:

- Los Enfermeros Practicantes (NPs) y Asistentes Médicos (PAs) son proveedores con licencia que ejercen en colaboración con un médico con licencia en Texas.
- Tengo el derecho de hacer preguntas y rechazar tratamiento.
- La práctica de la medicina no es una ciencia exacta y no se han hecho garantías respecto a los resultados.

Iniciales del Paciente/Tutor X _____

AVISO SOBRE PROPIEDAD PERSONAL

StatCare Urgent Care mantiene un entorno seguro. Los pacientes y visitantes son responsables de sus pertenencias personales. La clínica no es responsable por pérdida o robo de artículos desatendidos, salvo lo requerido por la ley.

Iniciales del Paciente/Tutor X _____

POLÍTICA DE NO GRABACIÓN DE VIDEO, AUDIO NI FOTOGRAFÍA

Para proteger la privacidad de los pacientes y el personal, se prohíbe la grabación no autorizada dentro de las instalaciones de StatCare Urgent Care. No se permite la grabación de video, grabación de audio, fotografía y/o transmisión en vivo o difusión en redes sociales sin autorización previa por escrito de la administración de la clínica. Esto incluye la grabación de encuentros clínicos, personal u otros pacientes. La grabación no autorizada puede resultar en la terminación de la visita, negativa de servicios no emergentes, retiro de las instalaciones y/o notificación a las autoridades cuando sea apropiado. Esta política no limita el derecho del paciente a acceder a sus expedientes médicos ni actividades legalmente protegidas.

Iniciales del Paciente/Tutor X _____

Certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Reconozco que he leído y entiendo las políticas y consentimientos anteriores.

X _____ / _____ Fecha: _____
Firma del Paciente/Tutor Nombre en letra de molde

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido o se me ha ofrecido el Aviso de Prácticas de Privacidad de StatCare Urgent Care según lo requerido por HIPAA y la ley del estado de Texas.

Entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de la clínica antes de firmar este acuse de recibo.
- El Aviso describe cómo mi información médica puede ser utilizada y divulgada.
- Tengo el derecho de presentar una queja ante la clínica o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health & Human Services) si considero que mis derechos de privacidad han sido violados.
- La clínica se reserva el derecho de modificar su Aviso de Prácticas de Privacidad; cualquier aviso revisado será publicado y estará disponible a solicitud.

_____/_____
Nombre en letra de molde del Paciente/Representante Legal / Relación con el paciente

_____/_____
Firma del Paciente o Representante Legal / Fecha

FOR OFFICE USE ONLY

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but it could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communication barrier prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency prevented us from obtaining acknowledgement
- Others (please specify): _____