

# Registro

Nombre (primero, apellido)		Nombre Preferido	
Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Genero	Numero de telefono (celular)	Numero de telefono (casa)
Direccion (Numero, calle, apartamento)			
Ciudad	Estado	Codigo Postal	Numero de la seguridad social
Occupacion	Correo electronico		Estado Civil
Persona responsable por la cuenta		Relacion	
Direccion (Numero, calle, apartamento)			
Ciudad	Estado	Codigo Postal	Numero de telefono
<b>Informacion de seguro medico</b>			
	Seguro Principal	Seguro Secundario	
Nombre de su seguro medico			
Es a traves de su trabajo?			
Nombre de el principal de la cuenta de seguro			
Fecha de nacimiento			
Su relacion a el principal de la seguridad			
Member ID			
Group Number			
Quien te referio a esta oficina?			
<b>Contacto de Emergencia</b>			
Nombre	Relacion	Numero de telefono	

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. La cobertura del seguro no es una garantía de pago de los servicios prestados por el profesional de salud incluyendo preventiva, detección de rutina, vacunas, o procedimientos considerados de naturaleza cosmética. Es mi responsabilidad de entender mis beneficios del seguro. Por la presente autorizo al doctor a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los servicios médicos. Además estoy de acuerdo que una fotocopia de este acuerdo tendrá la misma validez que el original. Es mi responsabilidad de pagar cualquier cantidad deducible, coaseguro, o cualquier otro balance no pagado por mi seguro. Los co-pagos ordenados por mi compañía de seguros no siempre están imprimidos en mi tarjeta de seguro. Entiendo los co-pagos son debidos en el momento del servicio. Es mi responsabilidad de notificar a la recepcionista al llegar de un co-pago. Una cita en cual no me presento sin aviso previo de 24 horas está sujeto a una tarifa de \$35.00. Se me ha informado que el pago se efectuará a la recepción de mi estado de cuenta mensual. Si no tiene seguro, entiendo que el pago se debe en su totalidad al momento del servicio.

Firma

Fecha

# Derechos y Responsabilidades del Paciente

---



Fremont Family Practice ha adoptado los siguientes derechos y responsabilidades para nuestros pacientes.

Como paciente de Fremont Family Practice usted tiene los siguientes derechos:

1. El derecho a ser tratado con dignidad y respeto
2. Que todos los comentarios y los registros serán tratados con estricta confidencialidad. Se le dará la oportunidad de aprobar la liberación de cualquier información de conformidad con la ley.
3. El derecho a recibir información sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
4. El derecho a tener la oportunidad de participar en las decisiones relacionadas con su atención médica.
5. El derecho al consentimiento informado previo al tratamiento, excepto en caso de emergencia.
6. El derecho a rechazar el tratamiento, se le informará de las consecuencias de sus acciones.
7. El derecho a la privacidad.
8. El derecho a un servicio responsable y razonable.
9. El derecho a negarse a participar en la investigación experimental
10. El derecho a la continuidad de la atención.
11. El derecho a examinar y recibir una explicación de su balance.
12. El derecho de informar de los problemas que pueda tener con respecto a los servicios recibidos sin temor de servicio negado.
13. El derecho a servicios que no se le negará a causa de su raza, sexo o nacionalidad.
14. El derecho a examinar nuestra lista de tarifas.

Como paciente de Fremont Family Practice usted tiene las siguientes responsabilidades:

1. Usted es responsable de un trato considerado y respetuoso con los demás pacientes y el personal de la clínica.
2. Usted es responsable de proporcionar Fremont Family Practice con información precisa y completa sobre su consumo actual de medicamentos e información médica pasada.
3. Usted es responsable de notificar al personal de Fremont Family Practice cuando usted no entiende las instrucciones dadas a usted.
4. Usted es responsable de las consecuencias de rechazar el tratamiento o de no cumplir con la terapia una vez que las consecuencias se han explicado.
5. Usted es responsable de cumplir con las citas, el cumplimiento de la terapia y después del tratamiento que sigue después.
6. Usted es responsable de llegar a tiempo a sus citas y que nos proporciona la documentación necesaria para ayudar a determinar el estado del pago.
7. Usted es responsable de cumplir con sus obligaciones financieras.

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

# Consentimiento del Paciente

## El consentimiento del paciente para uso y divulgación de la información médica protegida

- ❖ Doy mi consentimiento a Fremont Family Practice para usar y divulgar información de salud protegida (PHI) de mí para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica (TPO)
- ❖ (Puede obtener el aviso de privacidad de Fremont Family Practice y describe tales usos y divulgaciones de forma más completa.)
- ❖ Tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Fremont Family Practice se reserva el derecho de revisar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Un aviso revisado de las prácticas de privacidad se puede obtener mediante el envío de una solicitud por escrito a <Fremont Family Practice, 4464 Fremont Ave N., Seattle, WA 98103>
- ❖ Con este consentimiento, Fremont Family Practice puede llamar a mi casa o otro lugar alternativo y dejar un mensaje en el buzón de voz o en persona en referencia a cualquier asunto que les ayude a desempeñar sus TPO, tales como recordatorios de citas, artículos de seguros, y cualquier pide referente a mi atención clínica, incluyendo los resultados de laboratorio, entre otras cosas.
- ❖ Con este consentimiento, Fremont Family Practice puede enviar por correo a mi casa o otro lugar alternativo cualquier asunto que les ayude a desempeñar sus TPO, tales como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones del paciente, siempre y cuando se marcan "Personal y Confidencial".
- ❖ Con este consentimiento, Fremont Family Practice puede mandar correo electrónico por cualquier artículo que ayude a desempeñar sus TPO, tales como recordatorios de citas y declaraciones de los pacientes. Tengo el derecho de solicitar que Fremont Family Practice restringir cómo se usa o divulga mi PHI para llevar a cabo TPO
- ❖ La práctica no está obligado a estar de acuerdo con mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligada por el presente acuerdo.
- ❖ Al firmar este formulario, estoy consintiendo para permitir Fremont Family Practice pueda utilizar y divulgar mi PHI para llevar a cabo TPO. También reconozco que se me ha dado la oportunidad de revisar el Aviso de prácticas de privacidad de Fremont Family Practice.
- ❖ Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya se ha expuesto la información de confianza sobre mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, o más tarde lo revoque, Fremont Family Practice puede negarse a darme tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma de el paciente or guardian legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprime el nombre de el paciente

\_\_\_\_\_  
Imprime el nombre de el guardian  
legal si se aplica.

## Modelo de Pago

Gracias por elegir Fremont Family Practice como su clínica primaria. Estamos comprometidos a proveerle con la calidad y el cuidado de salud que quiere. Debido a que algunos de nuestros pacientes han tenido preguntas con respecto a la responsabilidad del paciente y seguro médico por los servicios prestados, hemos desarrollado este modelo de pago. Por favor, léelo y has cualquier pregunta que pueda tener. Podemos darle una copia si lo desea.

- 1. Seguro médico.** Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluyendo Medicare. Si usted no está asegurado por un plan de hacer negocios con, se espera que el pago total en cada visita. Si está asegurado por un plan con cual participamos, pero no tiene una tarjeta de seguro, se requiere el pago total por cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. Conocer sus beneficios de seguro es su responsabilidad. Por favor, póngase en contacto con su compañía de seguro médico con cualquier pregunta que pueda tener con respecto a su cobertura.
- 2. Co-pagos y deducibles.** Todos los co-pagos y deducibles deben pagarse en el momento del servicio. Esta disposición es parte de su contrato con su compañía de seguros. Fracaso de nuestra parte para recoger los co-pagos y deducibles de los pacientes puede ser considerado fraude. Por favor ayúdenos a cumplir la ley mediante el pago de su co-pago en cada visita.
- 3. Los servicios cubiertos no.** Tenga en cuenta que algunos y quizás todos los servicios que recibe puede ser no cubierto o no sea considerado razonable o necesario por Medicare o de otras entidades aseguradoras. Usted es responsable de pagar por estos servicios.
- 4. La prueba de seguro.** Todos los pacientes deben completar el formulario de información del paciente antes de ver al médico. Vamos a hacer una copia de su licencia y seguro válido como prueba de seguro. Si no nos proporciona la información correcta de su seguro de una manera oportuna, usted puede ser responsable por el balance total de su visita.
- 5. Sumisión de cuenta.** Vamos a presentar las visitas a su seguro y ayudarle en todo lo que razonablemente podemos para ayudar a conseguir sus siniestros pagados. Su compañía de seguros puede necesitar que se les suministre cierta información directamente. Es su responsabilidad de cumplir con su petición. Tenga en cuenta que el balance de su reclamo es su responsabilidad si su compañía de seguros paga su reclamo o no. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; no somos parte de su contrato.
- 6. Cambios de cobertura.** Si su seguro cambia, por favor avísenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarle a recibir sus beneficios máximos. Si su compañía de seguros no paga su reclamo en 45 días, el total será automáticamente cargado a su cuenta.
- 7. La falta de pago.** Si su cuenta es más de 90 días atrasado, recibirá una carta indicando que usted tiene 20 días para pagar la cuenta en su totalidad. Los pagos parciales no serán aceptados a menos que se negociado con nuestra oficina. Tenga en cuenta que si queda un balance sin pagar, podemos referir su cuenta a una agencia de colección y usted y sus miembros de familia inmediata pueden ser descargada de esta práctica.
- 8. Las citas perdidas.** Nuestra modelo es cobrar por citas perdidas que no estaban canceladas dentro de un período de 24 horas. Estos cargos serán su responsabilidad. Por favor, ayúdenos a ofrecerle un mejor servicio al mantener su cita.

Nuestra práctica se compromete a dar el mejor tratamiento para nuestros pacientes. Nuestros precios son representativos de los cargos habituales para nuestra área. Gracias por la comprensión de nuestro modelo de pago. Por favor, háganos saber si usted tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído y entendido la política de pago y estoy de acuerdo con sus directrices:

---

Firma de el paciente or guardian legal

---

Fecha