



Leading-edge care. Uncommon commitment. Beautiful results.

REGISTRO DEL PACIENTE

Por favor, llene el formulario completamente

Nombre (apellido) _____ (Nombre) _____ (MI) _____

DirecciónCalle, Ciudad y
CódigoPostal _____

Teléfono de la Casa _____ Teléfono celular _____

E-Mail _____ Sexo _____ Edad _____

Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____ Estado Civil _____

Teléfono del
empleador: _____

Dirección del
empleador: _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Médico de Atención Primaria
_____ DirecciónCalle _____

Teléfono #: _____

Los médicos de Referencia (Nombre y teléfono del médico de referencia): _____

¿Cómo se enteró de nosotros? _____ Licencia de Conducir / ID # _____

Licencia de Conducir / ID _____ Miembro / Política _____

Grupo #Titular de la póliza Nombre del Empleador _____ Teléfono _____

Información del Seguro de Secundaria Seguro _____

Miembro / Política _____ Grupo # _____ Titular de la póliza _____

Nombre del Empleador _____ Teléfono _____

Información del garante financiero (titular de la póliza o de la persona que no sea de pago del paciente
garantizar. Si Auto-Dejar en
blanco) _____

Nombre(apellido) _____ (Nombre) _____ (MI) _____

DirecciónCalle _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____ Teléfono de la casa _____ Teléfono celular _____

E-Mail _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Número de Seguro Social _____ Relación con el Paciente _____

Teléfono del empleador _____

Contacto de Emergencia (amigo o un pariente cercano que podemos contactar en caso de emergencia)
Nombre _____ Teléfono _____

RelaciónHIPAA Opciones:

¿Recibió usted una copia de la Notificación de HIPAA?	Sí /No		
Permitir mensajes de voz?	Sí/ No	Permite las llamadas a casa?	Sí/ No
¿Con quién podemos dejar un mensaje?	_____	Permitir que el correo postal?	
	Sí /No		
Permitir SMS (mensaje de texto?)	Sí/ No	Permitir correo electrónico?	Sí /No
Permite las llamadas a celular?	Sí/ No		

Leading-edge care. Uncommon commitment. Beautiful results.

Saldo es de auto-pago y el anterior se deben pagar en el momento del servicio. Seguro de los co-pagos son ordenados por su compañía de seguros y deben ser pagados en cada visita. Los pacientes con las reclamaciones de seguros pendientes serán enviadas las declaraciones de la cantidad total debida hasta que la cuenta está satisfecho. Estoy de acuerdo en que si la compañía de seguros niega beneficios por cualquier razón, yo soy responsable por el monto total adeudado por los servicios prestados. Solicito que el pago de seguro autorizadas y los beneficios de Medicare hacerse a nombre de la práctica anterior en mi nombre por los servicios prestados a mí. Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de esta autorización será considerada tan efectiva y válida como el original. En el caso de que mi cuenta es entregada a una agencia de colección, me comprometo a pagar todos los gastos razonables de recogida y comprendo que no puede dejar de ser un paciente en esta oficina. Yo entiendo y estoy de acuerdo en pagar un cargo por cheque devuelto de \$ 25.00 por cada cheque que sea devuelto por cualquier razón. Yo autorizo el titular de la información médica sobre mí para liberar cualquier tipo de información a Austin Imaging & Vein Center, sus agentes, a mi compañía de seguros (s), u otras entidades, según sea necesario para determinar estos beneficios o los beneficios para mis dependientes o yo mismo. Si tiene cobertura de seguro de salud bajo un HMO, yo autorizo a la práctica de dar a conocer información relacionada con mi diagnóstico y el tratamiento a mi atención primaria o médico remitente después de cada visita. He tenido conocimiento de las políticas de privacidad de la práctica y que han recibido (o revisado o dado la opción de recibir y revisar) una copia de la Notificación de prácticas de privacidad.

*FIRMA DEL PACIENTE O FECHA DE GARANTE _____
 Fecha _____

HIPAA FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Entiendo que tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Estos derechos se les da a mí bajo la Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento, yo autorizo a Austin Imaging & Vein Center para usar y divulgar mi información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo lo siguiente: • Tratamiento (incluyendo tratamiento directo e indirecto por otros proveedores de salud involucrados en mi tratamiento) • Obtención de pago de los pagadores de terceros (por ejemplo, mi compañía de seguros) • El día a día las operaciones de atención médica de Salud Vein Center • También he sido informado de, y teniendo en cuenta el derecho de revisar una copia de seguridad de la Declaración de Salud Vena Centro de privacidad, que contienen una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi ISP y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que la vena Centro de Salud se reserva el derecho de modificar los términos de este aviso en cualquier momento y que yo pueda comunicarse con el Centro de Salud Vena en cualquier momento para obtener la copia más reciente de este aviso. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento a través de la debida notificación. Sin embargo, cualquier uso o revelación que ocurrió antes de la fecha de la revocación no se ve afectada.

*Firma _____ del
 Paciente ENTREVISTA _____ Fecha _____

POLÍTICA DE CANCELACIÓN He leído y estoy de acuerdo con la política de cancelación de la Salud Vein Center que indica que se puede evaluar una cuota, si no me dan la debida notificación de la cancelación de una cita o procedimiento.

*Firma _____ del
 Paciente ENTREVISTA _____ Fecha _____