

# Formulario de registro de pacientes



Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente:**

\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Marque la opción que corresponde:**

Sexo: Masculino / Femenino

Estado civil: Soltero / casado / divorciado / viudo

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad/estado/código postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:**

Casa: ( ) \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

(Marque el número principal)

Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Persona de contacto de emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Casa: ( ) \_\_\_\_\_

Celular: ( ) \_\_\_\_\_

**Cónyuge:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Indique si es el mismo que la persona de contacto

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

**Hogar de ancianos/para pacientes terminales:**  
(Marque si corresponde)

Vivo en un hogar de ancianos

Nombre del hogar: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Vivo en un hogar para pacientes terminales

Nombre del hogar: \_\_\_\_\_

**Médico de cabecera:** \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

**Médico que lo deriva:**

(Si es distinto del anterior)

\_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

**Nombre de la farmacia:** \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

**Persona que pagará los cargos:**

Casa: ( ) \_\_\_\_\_

Marque si es la misma que el paciente

APELLIDO/S

NOMBRE/S

Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

**Seguro médico principal:**

N.º de póliza:

N.º de grupo:

Nombre del afiliado:

Fecha de nacimiento del afiliado:

**Seguro médico secundario:**

N.º de póliza:

N.º de grupo:

Nombre del afiliado:

Fecha de nacimiento del afiliado:

Nuestra prioridad principal es prestar una atención médica de calidad a nuestros pacientes. Estamos dispuestos a brindarle cuidados según las pautas del contrato de seguro si nos las informa exactamente en el momento del servicio. Lamentablemente, si no nos informa algún requisito especial del contrato, y nosotros ordenamos servicios después, por ejemplo, análisis de laboratorio, radiografías u hospitalización, que no están cubiertos, nosotros o la clínica médica seleccionada no tendrán más opción que facturarle directamente los cargos. Entonces, usted será responsable de pagarlos. Como titular de póliza, ES RESPONSABLE de conocer los beneficios y restricciones de la cobertura de seguro.

RENUNCIA: Comprendo que, si la compañía de seguros requiere una DERIVACIÓN/AUTORIZACIÓN antes de recibir servicios médicos, y no la obtuve, o el consultorio no la recibió, SERÉ RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS INCURRIDOS.

Entiendo que, si es necesario transferir mi cuenta a una agencia de cobranzas externa, se cobrará **un cargo adicional por pago atrasado del 30%** al saldo en mora.

**HE LEÍDO Y COMPREENDO ESTA POLÍTICA DEL CONSULTORIO Y ACEPTO MI RESPONSABILIDAD DEL MODO EXPLICADO.**

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

\* Se cobrará un cargo de \$35 por todos los CHEQUES DEVUELTOS por falta de fondos.

\* Se cobrará un cargo de \$35 por todas las TARJETAS DE CRÉDITO RECHAZADAS.

**Firma registrada de Medicare Lifetime**

Nombre del beneficiario:

Número de HIC

Solicito que se haga el pago de beneficios autorizados de Medicare a mí, o a TRI STATE UROLOGIC SERVICES, P.S.C., INC., en mi nombre y representación, en concepto de los servicios que TRI STATE UROLOGIC SERVICES, P.S.C., INC., o sus agentes contratados PeriOp Anesthesia, P.S.C., o Professional Radiology Inc., o Southern Ohio Pathology, me presten a mí. Autorizo a la persona que tiene mi información médica que divulgue a Center for Medicare/Medicaid Services (CMS) y sus agentes cualquier información que sea necesaria para determinar estos beneficios, o los beneficios pagaderos por los servicios prestados.

Comprendo que, mediante mi firma, solicito que se haga el pago y autorizo la divulgación de información médica necesaria para pagar la reclamación. Si se completa el punto 9 del formulario de reclamación HCFA-1500, autorizo, mediante mi firma, a divulgar la información a la compañía de seguros o agencia indicada. En casos asignados de Medicare, el médico acuerda aceptar la determinación de cargos de la compañía de seguros de Medicare como el cargo completo, y el paciente solo es responsable del deducible, el coseguro y servicios no cubiertos. El coseguro y el deducible se basan en la determinación de cargos de la compañía de seguros de Medicare. En casos no asignados de Medicare, el paciente es responsable de todo el cargo.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo, si se firma con una «X»