Yankton Medical Clinic®, P.C., Un socio de Avera

Formulario de Registración

Numero Historial Medica(MRN):_____

Debe completar este formulario en su totalidad

Apellido:	**Primer Nombre**	**MI**	**Fecha De Nacimiento**	**Género** ☐ M ☐ F	**Apellido de Soltero/a**
Dirección			**Ciudad**	**Estado**	**Código postal**
Teléfono en Casa ( )	**Teléfono de trabajo** ( )	**Teléfono celular** ( )		**Numero del Seguro Social**	
Dirección de correo electrónico			**Empleador**		
Estado civil: ☐ S ☐ C ☐ D ☐ Sep. ☐ V	**Nombre del Cónyuge**			**Fecha de Nacimiento del Cónyuge**	
En Caso de Emergencia - Notificar		**Relación**	**Teléfono**	**Dirección**	
¿Usted o algún miembro de su familia ha sido examinado aquí antes?		Si es así, da nombre	¿Has estado en una clínica con otro nombre?		Si es así, da nombre
Idioma principal (Selecciona uno): ☐ Ingles ☐ Español ☐ Otro – por favor índique su idioma:					
Origen étnico ☐ Hispano/Latino ☐ NO hispano/latino		**Raza** ☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericano ☐Asiático ☐Otro: _____ ☐ Nativo/Indígena al Norte América ☐ Hispano			

<u>El Responsable del Hogar</u>
(si es diferente de lo anterior)

Apellido	Primer Nombre	MI	Seguro Social		Relación al Paciente
Teléfono ( )	Fecha de Nac.	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Ocupación	Empleador	Dirección del Empleador			Teléfono

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro principal: _____ ID# _____ Groupo# _____

Nombre del titular de la póliza y su fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente:_____ Empleador: _____

Fecha de vigencia:_____

Seguro secundario:_____ ID#: _____ Groupo# _____

Nombre del titular de la póliza y su fecha de nacimiento:_____

Relación con el paciente:_____ Empleador: _____

Fecha de vigencia: _____

Seguro terciario: _____ ID# _____ Groupo# _____

Nombre del titular de la póliza y su fecha de nacimiento:_____

Relación con el paciente: _____ Empleador: _____

Fecha de vigencia: _____

PRESENTA TODAS LAS TARJETAS DE SEGURO Y EL CARNÉ CON FOTO A LA RECEPCIONISTA

Girar

INFORMACIÓN DEL SEGURO
Autorizo el tratamiento y acepto pagar todos los costos asociados a dicho tratamiento. Autorizo que mis beneficios de seguro se paguen íntegramente directamente a mi médico. Autorizo a mi médico a facilitar cualquier información necesaria para tramitar mi reclamación.

AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD
Por ley estamos obligados a proteger la privacidad de su información médica, ofrecer una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y seguir las directrices descritas en dicho aviso. Tu firma confirma que te han ofrecido este aviso. Si desea recibir una copia de su información médica, puede hacerlo con nuestro Departamento de Historiales Médicos o con nuestro Oficial de Seguridad. Ocasionalmente podemos enviarte información sobre productos y servicios que consideramos que pueden ser beneficiosos para ti. Puede contactar con nuestro Oficial de Seguridad para solicitar que estos materiales no le sean enviados.

POLÍTICA FINANCIERA
Nuestra consulta está comprometida a proporcionar atención médica de calidad y rentable a nuestros pacientes. En el entorno de seguros actual, es fundamental que entiendas qué servicios y procedimientos cubre tu plan y que obtengas las autorizaciones o derivaciones necesarias antes de tu cita con nosotros. Es tu responsabilidad comprender los límites y restricciones que afectan a la cobertura de los servicios que ofrece nuestra especialidad. Si tu compañía de seguros te exige que utilices un laboratorio específico, es tu responsabilidad notificarnos. El reembolso de seguros es un contrato entre tú y tu compañía de seguros. Por cortesía, presentaremos todas las reclamaciones primarias y secundarias por ti. Necesitaremos una copia actualizada de su tarjeta de seguro para poder hacerlo y deberá ser informados de cualquier cambio en el estado del seguro. Serás responsable de todos los copagos, franquicias y cantidades de copagos que no estén cubiertas por una póliza secundaria, junto con la totalidad de cualquier servicio no cubierto. Agradecemos el pago por los servicios en el momento en que se prestan. Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheques personales, Visa y MasterCard. Estoy de acuerdo en que soy responsable financieramente de todos los servicios prestados y, si es necesario remitir la cuenta a cobros, seré responsable de todos los gastos de cobro, gastos de cobro, honorarios de abogados y costes judiciales relacionados con mi cuenta. Entiendo que soy responsable de los cargos de mi cónyuge y dependientes.

FIRMA X: _____ **FECHA:**_____

CUIDADOS PREVENTIVOS

Quizás su plan de seguro de salud puede no cubrirá servicios preventivos. Es importante que contactes con su proveedor de seguros para determinar si su plan ofrece beneficios para este servicio y cuáles son sus directrices de programación al respecto. Utilizamos códigos y directrices estándar del sector para presentar reclamaciones a las compañías de seguros basándonos en el encuentro programado y la documentación en el historial médico del paciente. Las leyes actuales sobre fraude y abuso en los procedimientos de facturación nos prohíben cambiar los códigos de procedimiento y/o los códigos de diagnóstico para que la compañía de seguros pague la reclamación. Para proteger al equipo médica que pueda exponerse accidentalmente a mi sangre o fluidos corporales, consiento que me hagan análisis de sangre para detectar enfermedades transmisibles (como el virus de la hepatitis (VIH), VIH (SIDA), otras). Si estas pruebas son necesarias, se realizarán sin coste adicional. Su médico le informará si esto llega a ser necesario.

FIRMA X: _____ **FECHA:**_____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACION DE MÉDICA (OPCIONAL)
Puedes compartir la siguiente información médica con:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____
Introduce el número de teléfono de la persona a la que el médico o el personal tienen permiso para facilitar la información:

_____

Por favor, revisa todo lo que se aplica:

- ☐ Toda la información sanitaria en mi historial médico
- ☐ Seguros e información de facturación
- ☐ Información sanitaria en mi historial médico relacionada con el siguiente tratamiento:_____
- ☐ Otros (citas, resultados de pruebas, etc.): _____

Esta autorización termina en:

- ☐ En 1 año desde la fecha de firma.
- ☐ Tras la revocación escrita.

FIRMA X: _____ **FECHA:** _____