

Fecha: _____ Motivo de la visita: _____

Apellido: _____ Inicial de Segundo nombre: _____ Primer Nombre: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Femenino Masculino || Casado Soltero

N.º de SS del paciente: _____ DBN militar (Número de beneficios del DoD): _____

Dirección del paciente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección de correo electrónico del paciente: _____

Nota: Para seguridad de sus registros, todos los correos electrónicos que contienen información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) se envían cifrados.

Grand Prairie Urgent Care and Family Medicine puede dejar mensajes de voz detallados acerca de sus visitas o citas futuras a menos que usted se oponga marcando la casilla. No | Teléfono de contacto (mejor número): _____

Nombre del empleador: _____ Dirección del empleador: _____

Información del garante: Si el garante (persona responsable financieramente) no es el paciente, complete esta sección.

Apellido: _____ Inicial de Segundo nombre: _____ Primer Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ N.º de SS del garante: _____ Teléfono: _____

Parentesco con el paciente: (Marque uno) Usted mismo Cónyuge Padre/madre/tutor Otro: _____

Información del suscriptor: Si el suscriptor del seguro (persona titular del seguro) no es el paciente, complete esta sección.

Apellido: _____ Inicial de Segundo nombre: _____ Primer Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ N.º de SS del garante: _____ Teléfono: _____

Parentesco con el paciente: (Marque uno) Usted mismo Cónyuge Padre/madre/tutor Otro: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Teléfono del contacto de emergencia: _____

El socio externo de encuestas de Grand Prairie Urgent Care and Family Medicine puede comunicarse con usted para que participe en una encuesta de satisfacción sobre esta visita. Confiamos en sus comentarios para ayudarnos a mejorar la experiencia del paciente. ¿Podemos comunicarnos con usted para realizar una breve encuesta? Sí No

Consentimiento para el tratamiento médico	<p>Permiso a Grand Prairie Urgent Care and Family Medicine para que realice los siguientes servicios que el médico y otros proveedores que no sean médicos y asistentes puedan considerar necesarios: (a) procesos, tratamientos y procedimientos médicos, quirúrgicos y de diagnóstico (por ejemplo, incluyendo, pero sin limitarse a rayos X, extracciones de sangre y pruebas de laboratorio); (b) administración de inyecciones, medicamentos y vacunas (las inyecciones deben administrarse después de la recepción de cualquier declaración de información aplicable sobre las vacunas ("VIS" o "VISs")); y (c) finalización de las pruebas médicamente apropiadas para enfermedades contagiosas y de otro tipo.</p> <p>Firma: _____ Fecha: _____</p>
Consentimiento para pruebas de detección de bienestar y salud preventiva	<p>Otorgo permiso a Grand Prairie Urgent Care and Family Medicine para que realice una prueba de detección de bienestar o de salud preventiva. Entiendo que soy el único responsable de darme seguimiento con mi médico personal u otro proveedor de atención médica sobre los resultados de mi prueba de detección. Al realizar la prueba de detección de bienestar, Grand Prairie Urgent Care and Family Medicine no asume responsabilidad alguna por el tratamiento o manejo continuo de la atención.</p> <p>Firma: _____ Fecha: _____</p>
Pago del día ¿Cómo pagará la factura de hoy?	<p>El pago que se haga hoy lo pagaré:</p> <p><input type="checkbox"/> Pago del paciente; yo pagaré hoy usando:</p> <p><input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Discover <input type="checkbox"/> Tarjeta de débito <input type="checkbox"/> American Express</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro; presentaré mi tarjeta de seguro y un tipo aprobado de Identificación.</p>
Política financiera	<p>A menos que esté aquí por los servicios pagados por el empleador, usted será responsable del pago completo o del pago según se indica en su plan de seguro. Si Grand Prairie Urgent Care and Family Medicine tiene un contrato con su compañía de seguros, presentaremos los cargos de hoy con esa compañía de seguros. Usted será responsable de su copago o deducible, y el costo de cualquier servicio que no cubra este seguro. Puede recibir una factura de Grand Prairie Urgent Care and Family Medicine por cualquier saldo no pagado</p>
Si tiene un seguro ...	<p><input type="checkbox"/> Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por mi seguro. Iniciales _____</p>
Si no tiene un seguro.....	<p>Si no tiene cobertura de seguro o Grand Prairie Urgent Care and Family Medicine no tiene un contrato directo con su compañía de seguros, deberá pagar en su totalidad su visita del día de hoy. Puede esperar hacer un pago inicial por la atención/tratamiento médico con base en el precio registrado en el centro. Este se cobrará al ingreso.</p> <p><input type="checkbox"/> Si su tratamiento requiere evaluaciones más complejas, pruebas de laboratorio, vacunas, medicamentos, rayos X o suministros, estos se le cobrarán además de la tarifa apropiada por visita al consultorio. Estas tarifas se cobrarán después de que se haya proporcionado el servicio y tratamiento.</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo seguro y reconozco que soy responsable de todos los costos. Iniciales _____</p>
Divulgación de los registros médicos, asignación de beneficios, responsabilidad financiera	<p>Grand Prairie Urgent Care and Family Medicine presentará los reclamos a mi aseguradora al igual que los registros médicos necesarios para evaluar los reclamos del pago. Además, asigno el pago de los beneficios, de otra manera pagaderos a mí, para que sean pagaderos a Grand Prairie Urgent Care and Family Medicine.</p> <p><input type="checkbox"/> Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por mi seguro.</p> <p>imprimir nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____</p>
médico de atención primaria	<p>Nombre: _____ Cuidad: _____</p> <p>Estado: _____ Número de teléfono: _____</p>
Aviso de Prácticas de Privacidad	<p>Su nombre y su firma a continuación indican que se le ha informado sobre el Aviso de Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices, NOPP) de Grand Prairie Urgent Care and Family Medicine en la fecha indicada. Usted comprende que el NOPP está publicado en el centro y que se le proporcionará una copia si usted la solicita. Si esta es su primera fecha de servicio con Grand Prairie Urgent Care and Family Medicine, indíquesele a la persona que trabaja en la recepción y él/ella le proporcionará una copia del NOPP. Si tiene alguna pregunta sobre la información contenida en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Grand Prairie Urgent Care and Family Medicine, comuníquese con la oficina de Privacidad de Grand Prairie Urgent Care and Family Medicine llamando al 972-755-1785</p> <p>Nombre: _____ aviso de fecha recibido: _____ Firma: _____</p>