

# Formulario de registro del paciente en Atención de Urgencia

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre	Segundo nombre	Apellido	Otro apellido
Dirección física		Ciudad	Estado Código postal
Dirección postal		Ciudad	Estado Código postal
Teléfono de casa		Teléfono del trabajo	Teléfono celular
Fecha de nacimiento	N.º de seguro social	Dirección de correo electrónico	
Contacto de emergencia		Teléfono del contacto de emergencia	
Origen étnico	Idioma preferido	Raza	Sexo
¿Es usted veterano? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Es usted trabajador agrícola migrante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Es usted indigente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Cómo supo de Atención de Urgencia de WSMC (WSMC Urgent Care)?		¿Está aquí por un accidente automovilístico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Explique por qué está aquí hoy.		¿Está aquí por alguna lesión o enfermedad relacionada con el trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Fecha de la lesión/Inicio de la enfermedad	Al marcar esta casilla reconoce que el seguimiento debe hacerse con un PCP <input type="checkbox"/>		
Proveedor de atención primaria (PCP)		Teléfono del proveedor de atención primaria	

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO		
Compañía de seguros	Número de póliza	Número de grupo
Nombre del suscriptor	Segundo nombre del suscriptor	Apellido del suscriptor
Fecha de nacimiento	N.º de seguro social	Empleador

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO		
Compañía de seguros	Número de póliza	Número de grupo
Nombre del suscriptor	Segundo nombre del suscriptor	Apellido del suscriptor
Fecha de nacimiento	N.º de seguro social	Empleador

<b>RESPONSABLE (Completar SOLO para pacientes menores de edad O cuando el paciente NO es responsable financieramente de la cuenta)</b>			
Nombre de la persona responsable de esta cuenta		Relación	
Fecha de nacimiento	N.º de seguro social	Teléfono	
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal

<b>RESPONSABILIDAD FINANCIERA</b>
<p>Todos los copagos, coaseguro y deducibles se generan en el momento en que se prestan los servicios. Si no está asegurado, todos los pagos se generan en el momento del servicio. Las formas de pago aceptables incluyen tarjeta de débito, tarjeta de crédito, efectivo y cheque.</p> <p><b>Inicial:</b> _____</p> <p>Si no podemos verificar su elegibilidad y beneficios del seguro antes de su visita, usted será responsable del pago por todos los servicios prestados basados en sus tarifas de descuento estimadas de seguros. Su seguro se facturará por los servicios prestados. Una vez que nuestra oficina reciba la explicación de beneficios de su seguro, se le puede facturar por cualquier responsabilidad adicional del paciente o reembolsado/acreditado por cualquier sobrepago recolectado por nuestra oficina. Espere de 4 a 6 semanas para que su seguro procese cada reclamación. Comuníquese a nuestra oficina si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de nuestro procedimiento de facturación.</p> <p><b>Firma del paciente/Representante del paciente:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____</p>

<b>ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD</b>
<p>Se me ha dado la oportunidad de leer y se me ha respondido cualquier pregunta relacionada con el Aviso de Prácticas de Privacidad de Western Sierra Medical Clinic (WSMC).</p> <p><input type="checkbox"/> Doy mi permiso para tener mensajes sobre mi atención médica en mi buzón de voz. Número preferido: _____</p> <p><input type="checkbox"/> No doy mi permiso para tener mensajes sobre mi atención médica en mi buzón de voz.</p> <p><b>Firma del paciente/Representante del paciente:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____</p>

<b>AVISO Y ACUSE DE RECIBO DE LA POLÍTICA DE LA HIPAA</b>
<p>Reconozco que he leído y entendido <b>EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE LOS SEGUROS DE SALUD (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT, HIPAA)</b> de Western Sierra Medical Clinic. Se le puede proporcionar una copia si la solicita.</p> <p><b>Firma del paciente/Representante del paciente:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____</p>

### CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO

Por el presente, el abajo firmante acepta cualquier examen de rayos X, anestesia, prueba de detección de salud preventiva y bienestar, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico, y atención hospitalaria que se considere aconsejable por la supervisión general o especial de cualquier médico/proveedor del personal médico de **Western Sierra Medical Clinic**. El diagnóstico o tratamiento se realiza en el consultorio del médico/proveedor o en el hospital. Se entiende que esta autorización se da con antelación a cualquier diagnóstico específico, tratamiento o atención hospitalaria que se requiera, pero que se da para dar consentimiento específico a cualquiera y todos los diagnósticos, tratamientos o atención hospitalaria que el médico/proveedor mencionado, en el ejercicio de su mejor juicio, pueda estimar conveniente. Esta autorización permanecerá vigente por un año a partir de la fecha de la firma, a menos que sea revocada por escrito.

**Firma del paciente/Representante del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

(Yo) (Nosotros), el que suscribe, padre(s)/tutor(es) de \_\_\_\_\_, como menor de edad, por la presente doy (damos) consentimiento para cualquier examen de rayos X, anestesia, prueba de detección de salud preventiva y bienestar, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico, y atención hospitalaria que se considere aconsejable por, y se haga bajo la supervisión general o especial de cualquier médico/proveedor del personal médico de **Western Sierra Medical Clinic**. El tratamiento se realiza en el consultorio del médico/proveedor o en el hospital. Se entiende que esta autorización se da con antelación a cualquier diagnóstico específico, tratamiento o atención hospitalaria que se requiera, pero que se da para dar consentimiento específico a cualquiera y todos los diagnósticos, tratamientos o atención hospitalaria que el médico/proveedor mencionado, en el ejercicio de su mejor juicio, pueda estimar conveniente. Esta autorización permanecerá vigente por un año a partir de la fecha de la firma, a menos que sea revocada por escrito.

**Nombre de la persona que tiene la custodia/tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Relación con el menor:** \_\_\_\_\_

**Firma de la persona que tiene la custodia/tutor legal:** \_\_\_\_\_

### PROPIEDAD PERSONAL

El paciente es el único responsable de salvaguardar y proteger la propiedad personal del paciente. El proveedor no es responsable por la protección o por el robo, pérdida o daño a la propiedad personal del paciente. El paciente renuncia a todas las reclamaciones contra el proveedor por pérdida, robo o daño a la propiedad personal del paciente.

**Firma del paciente/Representante del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Western Sierra Medical Clinic no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad o discapacidad, origen étnico, religión, cultura, idioma, sexo, discapacidad física o mental, estado socioeconómico, orientación sexual o identidad o expresiones de género. Rev. 1.17