

Informacion del Paciente

Apellido _____ Nombre _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Codiog Postal _____

Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____

Telefono De Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Genero M F Estado Civil S M W D Nombre Del Trabajo _____

Correo Electronico: _____ Farmacia: _____

Contacto De Emergencia: _____ Telephono _____ Relacion al paciente _____

Informacion de Aseguranza Medica

Aseguranza Primaria _____ Numero de polica _____

Aseguranza Secundaria _____ Numero de polica _____

Nombre de asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____ Relacion al paciente _____

Persona Responsable (si es menor de edad o otra person aparte del paciente)

Nombre de la persona responsable _____

Relacion al paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Numero de telephono _____

Yo, el que firma, autorizo a Emmanuel Family Clinic, a proveerme de todos los servicios medicos razonablemente necesarios. Autorizo que el pago por estos servicios medicos recibidos sean hechos directament a Emmanuel Family Clinic. Autorizo al doctor a proveer a la compania aseguradora la informacion referente al cuidado de mi salud, tratamientos y/o material medico recibidos con el fin de asegurar el pago por dichos servicios y el uso de una copia de este document como original.

Entiendo que soy financieramente responsable por cuqlquier monto no cubierto por mi compania aseguradora.

Entiendo que todos los pagos de deducible y co-pago son rendidos al momento del servicio.

Entiendo que el cargo por cheques devueltos son de \$35.00

En el caso de no tener aseguranza debo pagar el cobro de la consulta y cualquier otro servicio rendido y en caso de tener un balance puedo ser en pagos periodicamente.

SI NO PUEDE MANTENER SU CITA DEVE AVISAR CON 24 HORAS DE ANTICIPACION SINO ABRA UN CARGO A SU CUENTA

Firma del naciente o ersona responsable

Fecha

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACION DE LA INFORMACION
PERSONAL PARA EFECTOS DEL CUIDADO DE LA SALUD.**

Con la firma de este documento, doy mi consentimiento a Emmanuel Family Clinic para que puede utilizar y divulgar información privada concerniente a mi salud (PHI abreviación en inglés) para efectuar tratamiento, pago, u operaciones del cuidado de la salud (TPO abreviación en inglés). Favor de referirse al "Anuncio de Practicas de Privacidad" de Emmanuel Family Clinic, para una descripción mas completa sobre ésta reglamentación de dichos, usos y divulgaciones.

Tengo el derecho de estudiar ese anuncio acerca de las Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento.

Emmanuel Family Clinic se reserva el derecho de modificar su anuncio sobre las Practicas de Privacidad en cualquier momento. Una copia de este anuncio con la enmienda se puede obtener solicitandolo por escrito a Emmanuel Family Clinic, 2531 Evans Street, Suite B, Newberry, SC 29108. (Att. Privacy Officer)

Doy consentimiento a Emmanuel Family Clinic para llamar a mi casa o a otra ubicación designada y dejar un mensaje en el contestador automático o con una persona respecto a cualquier asunto que les ayude a desempeñar mejor su TPO, tales como recordarme mis citas, asuntos de aseguranza, y/o cualquier llamada relacionada al cuidado clínico de mi salud, incluyendo resultados de laboratorio, entre otros.

Doy consentimiento a Emmanuel Family Clinic para que pueda mandarme cartas a mi casa o a otra ubicación designada, ya sea para recordarme mis citas, y/o estados de cuenta, que le ayude a desempeñar mejor su TPO siempre y cuando esten marcadas "Personal y Confidencial".

Doy consentimiento a Emmanuel Family Clinic para que puede enviarme correos electrónicos a mi casa o a otra ubicación designada, sobre cualquier asunto que le ayude a la oficina a desempeñar sus TPO, tales como recordarme mis citas y estados de cuenta. Tengo el derecho de pedirle a Emmanuel Family Clinic que limiten la utilización y divulgación de mis PHI para cumplir con su TPO. Sin embargo, la oficina no esta obligada a acceder a mi solicitud de limitaciones, pero si lo hace, estará sujeta a este acuerdo.

Al firmar este contrato, estoy consintiendo que Emmanuel Family Clinic utilice y divulgue mi PHI para desempeñar su TPO. Puedo revocar mi consentimiento por escrito excepto en el caso de que la oficina ya las haya divulgado por mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, Emmanuel Family Clinic puede negarse a darme tratamiento.

Firma del Paciente o Guardian Legal

Fecha

Nombre del Paciente (en letras de impreta)

Nombre del Guardian Legal (en letras de imprenta)