

CORNELL SCOTT HILL HEALTH CENTER
Información para Registración

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado: _____
Residencial Publico: [] Si [] No
Teléfono: _____ [] Casa [] Trabajo [] Celular
¿Le podemos llamar? [] Si [] No ¿Dejar mensaje? [] Yes [] No
Teléfono: _____ [] Casa [] Trabajo [] Celular
¿Le podemos llamar? [] Si [] No ¿Dejar mensaje? [] Yes [] No
Doy permiso a CS-HHC contactarme al siguiente correo electrónico: _____

Fecha: _____
Pt. ID # / MRN: _____ Sexo: [] M [] F
Fecha de Nacimiento: _____
de Seguro Social: _____
Estado civil: [] Casado [] Pareja Doméstica [] Soltero
[] Divorciado [] Separado/a [] Viudo/a
Lenguaje preferido: _____
Traductor Necesario: [] SI [] No
CONTACTO de EMERGENCIA - Nombre, Relación, Telefono

INFORMACION ADICIONAL

Raza: [] Blanco/Caucásico [] Negro/Afro americano [] Más de una raza [] Asiático [] Otro Isla del Pacífico [] Nativo de Hawaii
[] Indio americano/Nativo de Alaska
Etnia: [] Hispanic [] No-Hispanic
Estado de veterano: [] Veterano [] No-Veterano
Cudadano Americano: [] Citizen [] Non-Citizen
Sin Hogar: [] No [] SI

Estado de Empleo:
[] Tiempo Completo [] Por Cuenta Propia
[] Tiempo Parcial [] Retirado
[] Desempleado [] Estudiante [] Niño
TAMAÑO DE LA FAMILIA/INGRESO FAMILIAR ANUAL
Tamaño de la familia: _____ Ingreso Familiar Anual: _____

GARANTIZADOR - ¿Quién sera responsable por pagar cualquier balance?

[] Mismo que el paciente
Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado: _____

Relación del paciente con el garantizador: [] Paciente mismo [] Hijo(a) [] Cónyugue
Teléfono: _____ [] Casa [] Trabajo [] Celular
Teléfono: _____ [] Casa [] Trabajo [] Celular
de Seguro Social: _____
Fecha de Nacimiento: _____

SEGURO MEDICO PRINCIPAL:

[] Mismo que el paciente [] Mismo que el garantizador [] Otro
Parte asegurada: _____
Teléfono: _____ [] Casa [] Trabajo [] Celular
Compañía: _____
Identificación del asegurado: _____
Póliza de grupo: _____

Relación del paciente con el asegurado: [] Paciente mismo [] Hijo(a) [] Cónyugue
de Seguro Social: _____
Fecha de Nacimiento: _____

SEGURO MEDICO SECUNDARIO:

[] Mismo que el paciente [] Mismo que el garantizador [] Otro
Parte asegurada: _____
Teléfono: _____ [] Casa [] Trabajo [] Celular
Compañía: _____
Identificación del asegurado: _____
Póliza de grupo: _____
Yo certifico que la información provista arriba es correcta.

Relación del paciente con el asegurado: [] Paciente mismo [] Hijo(a) [] Cónyugue
de Seguro Social: _____
Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____
Identity Verified (two required): [] Driver's License [] State ID [] Passport [] Insurance Card [] Other _____
By: _____ Date: _____ Title: _____

CORNELL SCOTT-HILL HEALTH CENTER

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

ID/Chart #:

Fecha:

Permiso para Tratamiento/ Asignación de Beneficios/ Reconocimiento de Recibir las Practicas de Privacidad Ponga Sus Iniciales En Cada Párrafo

_____ **Permiso para Tratamiento Básico y Procedimientos de Diagnóstico:** Esto es para certificar que yo, el asignado(a), doy mi consentimiento a la administración de tratamiento en el CS-HHC, cuya administración incluye: todos nuestros centros de salud y sus programas listados en nuestro aviso de privacidad, residentes y estudiantes médicos, asistentes de médicos, enfermeras, personal de aliados terapistas de salud u otro proveedor bajo contrato con el CS-HHC. Yo doy permiso para cualquier radiografía, laboratorio, u otro procedimientos de exámenes medico/dental y cualquier otro servicio ofrecido para mi bajo las intrucciones generales y especificas de mi médico/dentista/proveedor. Yo entiendo que, excepto en una emergencia, todos los procedimientos especiales como, transfusiones de sangre o plasma, uso de anestésicos o sedación consciente, sera discutido conmigo por mi médico/dentista y que tambien otro consentimiento adicional podra ser requerido.

_____ **Beneficios de Medicaid y Medicare:** Yo certifico que la dada ofrecida por mi al solicitar para pagos por Medicare o Medicaid del Acto de Seguro Social, asistencia general o seguro comercial es correcta. Yo autorizo a cualquier poseedor que tenga información médica o otra acerca de mi para revelar a los indemnizadores de terceras personas, cualquier información requerida para reclamar pagos. Yo Solicito que el pago de beneficios autorizados sea hecho en mi beneficio. Yo asigno los beneficios de pagos para el hospital/ clinica (o médico) servicios al hospital/ clinica (o médicos) proporcionando los servicios, y autorizando tal hospital/ clinica (médicos) para que sométa las reclamaciones a indemnizadores de terceras personas.

_____ **Permiso para Liberar Información Médica:** Yo permito que el CS-HHC defina como arriba, para usar y revelar mi información de salud protegida para llevarse a cabo mi tratamiento, para obtener el pago y para llevarse a cabo operaciones de asistencia médica. Mi información protegida de salud puede incluir médico/ información dental o cualquier información que pertenesca al examen, el tratamiento, la historia, que puede incluir psiquiátrico, VIH/SIDA, la célula osea, alcohol y / o información de abuso de droga, codigos médicos / información y cargos dentales a mi plan de salud y / o sus intermediarios y / o los agentes. Mi información de salud protegida puede ser revelada a mi plan de salud y / o los agentes para verificar como sea necesario los beneficios, servicios autorizados, y proceso médico / reclamos dentales. Mi información protegida de salud puede ser revelada a otras agencias de salud o instituciones implicadas en mi continuo cuidado. Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento con sujecion hasta el punto que esa acción haya sido aceptada en dependencia en; retiro por escrito del consentimiento, debe ser dirigido al oficial privado.

_____ **Registración / Garantía de Pago:** Registración como paciente; a favor de un paciente menor; o a favor de un adulto incapacitado presume que usted ha probado su identidad y / o relacion al paciente en una manera legalmente apropiada. Es ilegal presentarse como el paciente o para precentar su posición legal con respecto a hacer las decisiones médicas a favor de usted mismo o de un paciente. Es su responsabilidad de proporcionar la prueba adecuada de la identidad en el tiempo de registracion y admision. Autorizo a mi plan de salud para pagar los beneficios directamente a CS-HHC, o cualquier proveedor bajo contrato con ellos. Entiendo que en el caso que mi plan de salud o contrato de cuidado médico no cubran los servicios, yo sere responsable por los pagos. Los ejemplos incluyen co-pagos, deducibles, cargas consideradas estar mas alla de servicios usuales de cotumbre y razonables

_____ **Pago Propio:** Entiendo que si mi plan de salud no considera CS-HHC, o cualquier otro proveedor bajo el contrato con ellos, o proveedor participante, cargos contraidos seran pagados por mi. Concueroo ademas aceptar responsabilidad financiera para el pago de cargos. Ademas si los reclamos por daños surgen como resultado de las heridas fuera de cualquier proceso que recibo de cualquier tercera persona. El pago de tales cuentas médicas se pagaran primero antes de yo recibir cualquier suma personalmente. Concueroo tambien mantener mi cuenta corriente hasta que el arreglo se alcance. El firmante concuerda que en caso de fallo en los pagos, los honorarios de abogados de razonable interes admisible y los costos razonables de la coleccion se pueden añadir tambien a la cantidad debida en mi cuenta.

_____ **Reconocimiento de Recibo: Nota de Practicas de Privacidad:** Yo entiendo que mi información especifica con respecto a los usos y revelaciones de mi información médica puede ser encontrada en la nota del CS-HHC en las Practicas de Privacidad que ha sido proporcionada para mi la cual tengo derecho de revisar antes de firmar. Entiendo ademas que el CS-HHC tiene derecho de cambiar su Nota de Practicas de Privacidad y que puedo obtener una copia revisada en el sitio de www.hillhealthcenter.com o el area de registracion de pacientes. Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar que CS-HHC limite como mi información de salud protegida se usa y es revelada para el tratamientos, operaciones de pago, y asistencia médica. Entiendo ademas que CS-HHC no requiere acordar a mis restricciones solicitadas. Sin embargo, si CS-HHC concuerda a una restriccion solicitada, entonces estara obligado por ello

_____ ESTE FORMULARIO HA SIDO EXPLICADO A MI Y YO ENTIENDO SU CONTENIDO.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

(Relacion al Paciente)

Dos formas de identidad Licencia de conducir Identificación del Estado Pasaporte Tarjeta de Seguro Otros _____

Verificado por: *Name*

Fecha

Titulo

A pesar de los esfuerzos de buena fe se han hecho, el paciente presenta se negó a firmar no puede firmar (por ejemplo, de incapacidad) Explicar: Tratamiento de Emergencia Otros _____