

MRN: _____

Fecha: _____

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN (Registration form)

PATIENT INFORMATION

Nombre del paciente: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ # Lic. de conducir: _____

Estado civil: Casado Soltero Divorciado Viudo Separado Pareja de hecho

Últimos 4 dígitos del # de seguro social: _____ Grupo étnico: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Enviar recordatorios de citas vía: Texto Llamada Teléfono # _____

Teléfono preferido para llamadas rutinarias: _____ Domicilio Trabajo Celular

Teléfono secundario: _____ Domicilio Trabajo Celular

Correo electrónico: _____ Idioma hablado principal: _____

Proveedor de atención primaria: _____ ¿Cómo fue remitido Ud.?: _____

Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Domicilio del trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Si el paciente es menor de edad, favor de proveer un contacto de emergencia aparte del padre/tutor.

Persona de contacto: _____ Parentesco con el paciente: _____

Domicilio (Físico o postal) _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Telf. de casa: (____) _____ Telf. del trabajo: (____) _____ Telf. celular: (____) _____

RESPONSABLE PRINCIPAL

Soy el responsable Cónyuge Padre Tutor Otro _____

Nombre: : _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Domicilio físico: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ # Lic. de conducir: _____

Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Domicilio del trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

RESPONSABLE SECUNDARIO

Nombre: _____ Cónyuge Padre Tutor Otro _____

Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Domicilio del trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

MRN: _____

DATOS DEL SEGURO

Nombre de la empresa de **seguro principal** _____

Nombre del suscriptor _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___

Parentesco con el paciente _____

Domicilio del suscriptor, si es distinto al del paciente _____

Nombre de la empresa de **seguro secundario** _____

Nombre del suscriptor _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___

Parentesco con el paciente _____

Domicilio del suscriptor, si es distinto al del paciente: _____

GARANTÍA DE CALIFICACIÓN

Certifico por la presente que califico para cobertura de la empresa de seguro médico, por medio del suscriptor indicado en mi hoja de inscripción. Certifico además que he elegido un grupo médico afiliado a St. Joseph Heritage Healthcare para que me provea servicios de cuidado de salud. Entiendo que si lo anterior no es cierto, o si no califico según las condiciones del acuerdo de mi suscriptor médico y hospitalario, será mi responsabilidad pagar todo y cualquier cargo por servicios brindados. Además, si lo anterior no es cierto, acepto pagar por completo todos los servicios brindados, dentro de treinta días de recibir la factura.

Firma _____ Fecha ___/___/___

CONSENTIMIENTO A LA COMUNICACIÓN

Con el acto de proveer a St. Joseph Heritage Healthcare o sus proveedores de servicios un número telefónico celular o de otro dispositivo inalámbrico y/o un correo electrónico, acepto que St. Joseph Heritage Healthcare o sus proveedores de servicio utilicen el teléfono o correo electrónico dado para administrar mi(s) cuenta(s) (incluso pueden comunicarse conmigo sobre la posible ayuda económica con mi(s) cuenta(s)); para enviar por texto o correo electrónico recordatorios sobre citas médicas o seguimiento de cuidados de salud; para enviarme información; para concertar citas médicas; y para cobrar cualquier monto que deba a mi(s) proveedor(es) de cuidados de salud. Entiendo y acepto que St. Joseph Heritage Healthcare y sus agentes, representantes u otros proveedores de servicio, así como sus agentes y contratistas respectivos, incluyendo cualquier empresa de facturación o administración de cuentas y/o cobrador, pueden comunicarse conmigo al(a los) teléfono(s) suministrado(s), lo cual podría resultar en cargos a mi cuenta. Doy mi consentimiento explícito a que los métodos de contacto incluyan el uso de mensajes de voz artificial y pregrabados, texto, correo electrónico (en caso de proveer una dirección electrónica) y/o el uso de un dispositivo de marcación automatizada, según se aplique. Este consentimiento se aplicará a todos los servicios o facturación asociados con mi(s) número(s) de cuenta y no constituye una condición para la compra de propiedad, bienes o servicios. No se me exige firmar este consentimiento como condición para recibir los servicios de cuidados de salud.

Iniciales / Aprobado

Iniciales / Negado

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE DATOS MÉDICOS Y LA CESIÓN DE BENEFICIOS

Por el presente autorizo y solicito a la(s) empresa(s) de seguro, o su(s) agente(s), pagar directamente a St. Joseph Heritage Healthcare cualquier servicio que me brinde un grupo médico afiliado con St. Joseph Heritage Healthcare. Entiendo plenamente que yo soy el responsable económico de cualquier costo no cubierto por esta cesión. Autorizo el reembolso de cualquier beneficio de seguro pagado en exceso, cuando mis coberturas están sujetas a coordinación de beneficios. Esta firma también servirá de autorización para divulgar los datos médicos necesarios para satisfacer el pago.

 Firma del paciente (si es menor, firma del responsable)

_____/_____/_____
 Fecha

 Nombre del paciente en letra de molde

_____/_____/_____
 Fecha de nacimiento del paciente