

Formulario de inscripción del paciente

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Género: M F

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Médico(a): Dr. Corso Dr. Resk Dr. Stoeber Dr. Bugakov Idioma: Español Inglés Otra _____

Étnico: Hispano No hispano No desea responder Raza: Blanco Negro Amerindio Asiático Nativo del Pacífico Otra: _____

****Si alguno niño tiene padres diferentes de la información que está escrito en este formulario, necesita un formulario nuevo para este niño ****

Nombre del hermano: _____ Nombre del hermano: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Género: M F Fecha de nacimiento: ____/____/____ Género: M F

Nombre del hermano: _____ Nombre del hermano: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Género: M F Fecha de nacimiento: ____/____/____ Género: M F

CONTACTO PRIMARIO PERSONA POR LA FAMILIA

Padre biológico Padrastro Padre adoptivo Padre de crianza Tutor legal Otro: _____

El método preferido para recibir la información y los recursos: Escrito Verbal Otro: _____

Nombre: _____ Género: M F Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección: Igual que el paciente

Calle Ciudad Estado Código Postal
Teléfono primer: (____) _____ Casa Celular Teléfono segundo: (____) _____ Casa Celular
"Yo doy permiso para dejar un mensaje de voz detallados y confidencial en el teléfono primer." _____ Firma

El método preferido para el recordatorio de cita y los retiros de seguridad: Teléfono Texto Correo electrónico

Correo electrónico: _____

Tiene custodia legal del paciente? Sí No Vive con el paciente? Sí No

CONTACTO SEGUNDARIO PERSONA POR LA FAMILIA

Padre biológico Padrastro Padre adoptivo Padre de crianza Tutor legal Otro: _____

Nombre: _____ Género: M F Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección: La misma que el paciente

Calle Ciudad Estado Código Postal
Teléfono primer: (____) _____ Casa Celular Teléfono segundo: (____) _____ Casa Celular
"Yo doy permiso para dejar un mensaje de voz detallados y confidencial en el teléfono primer." _____ Firma con iniciales

Tiene custodia legal del paciente? Sí No Vive con el paciente? Sí No

CONTACTOS EMERGENCIA (Apoderado) (Además de los padres) – Consentimiento al tratamiento y divulgación de información de salud en la ausencia de los padres o tutor legal.

Yo autorizo la siguiente persona(s),

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación al paciente: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación al paciente: _____

(Firma con iniciales) Yo autorizo esta persona(s) que sirva como mi representante y traer a mi hijo(a) a la oficina para tratamiento incluyendo pero no limitado las vacunas y los procedimientos. Esta persona(s) puede hacer y cancelar las citas.

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO No tengo seguro médico

Seguro Médico Principal

Nombre del Seguro: _____ ID#: _____ Group #: _____

Nombre de la persona asegurada: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Relación al paciente: _____

Seguro Médico Secundario

Nombre del Seguro: _____ ID#: _____ Group #: _____

Nombre de la persona asegurada: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Relación al paciente: _____

SI LA TARJETA DE SEGURO NO SE PRESENTA EN CADA CITA, UD. SERÁ CONSIDERADO UNA PERSONA SIN SEGURO.

Quien tiene custodia primaria? (si es aplicable) _____

Si los contactos mencionados arriba NO son los PADRES BIOLÓGICOS, LOS DOS PADRES BIOLÓGICOS (si son conocidos) deben ser listados:

Madre biológica: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Padre biológico: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

PLEASE REVIEW & SIGN

Yo entiendo que copias de la póliza financiera (que incluye las pólizas de citas faltadas, los honorarios de facturaciones, y colecciones) y el Aviso de Practicas de Privacidad se muestra en la oficina y en nuestro sitio de web. Yo entiendo que copias están disponibles cuando se solicite. Yo entiendo que estoy obligado por los términos de las pólizas y un incumplimiento podría resultar en un despido.

Yo entiendo que los dos padres biológicos, a menos que sus derechos paternales hayan sido rescindidos mediante una orden de la corte o mediante el proceso de adopción, tengan acceso a la divulgación completa a la información médica de sus hijos y pueden autorizar alguien para traer su hijo a sus citas en su ausencia. El acceso a la información médica no se limita al padre quien tiene custodia primaria.

Yo entiendo que el Patient Portal está en su lugar para mi beneficio, y si se usa mal mi acceso puede ser terminado por la práctica.

Yo entiendo que, para construir una relación de confianza con los adolescentes, los médicos no pueden revelar con los padres todos los problemas del adolescente que se discutieron durante las citas, con la excepción que el médico se siente el paciente es un peligro para sí mismo o ha sido abusado. Esta información confidencial no será accesible en el Portal.

Yo autorizo a que Drs. Corso, Resk, Stoeber y/o Bugakov (Los Médicos), con mi solicitud, puedan enviar por fax cualquier formulario o registro de vacunas a la escuela de mi hijo.

Yo entiendo que Los Médicos proporcionan la información de inmunización al Sistema de Información de Inmunización de Oregon, y puedo optar por no enviar esta información de mi hijo notificando a Los Médicos por escrito.

Yo entiendo que las llamadas de recordatorio son para propósitos de cortesía, y personalmente soy responsable de saber las fechas y horas de mis citas programadas. **Yo entiendo** que soy responsable por todos los cargos si el seguro no cubre y que todo el copago es debido en el momento del servicio.

Estoy de acuerdo con las citas por pruebas del laboratorio y las citas de una especialista según lo ordenado por el médico.

Yo entiendo que la oficina requiere una notificación de 2 días hábiles para las solicitudes de recarga de medicamentos recetados.

Yo entiendo que **si hay ordenes de custodia** yo debería presentar **copias actuales** para el archive de mi niño. Si problemas de custodia interfieren con la provisión de atención médica adecuada, se le puede pedir que encuentre otra clínica que mejor se adapte a sus necesidades.

Yo autorizo que el doctor divulgue de cualquier información incluyendo el diagnóstico y los registros de algún tratamiento o examinación prestada a mi hijo a terceros pagadores, mi seguro médico, mi abogado, y/u otros médicos.

Yo autorizo que mi plan de seguro médico haga el pago directo de beneficios médicos, incluyendo beneficios importante, a Los Médicos.

Yo autorizo que los Drs. Corso, Resk, Stoeber y/o Bugakov muestren fotografías de mis hijos en la oficina. Sí No

Nombre (en letra de imprenta)

Relación al Paciente

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha