

CAPITAL WOMEN'S CARE, LLC.

Por favor, atualize as informações abaixo, assine o formulário e devolva na recepção. Obrigado.

Informação do paciente				
Data:	Médico de referência		Informação de compromisso	
Nome	Estado civil	Gênero	Data de nasc	SSN #
Direção		Apt #	Cidade, Estado, Código postal:	
Número da residência	Número de celular		Ext	
Fiador / parte financeiramente responsável				
Nome do fiador	Data de nasc	SSN #	Número da residência	
Direção		Cidade, Estado, Código postal		Telefone diurno
Empregador	Endereço do Empregador		Ocupação	
Informações primárias de seguro				
Você já se inscreveu ou pretende solicitar Assistência Médica? (círculo) Sim Não Eu não tenho certeza				
Companhia de seguros	ID #		Grupo	
Morada do Seguro	Cidade, Estado, Código postal		Número de telefone do seguro	
Nome do titular da apólice	Data de nascimento do titular da apólice		SSN do segurado	
Empregador do titular da apólice	Relacionamento do paciente com o segurado		Data de vigência do seguro	
Informações de seguro secundário				
Lembre-se de que as seguradoras exigem que você as informe sobre outros seguros. A reclamação por esta visita não pode ser paga se a informação não estiver em seu sistema.				
Companhia de seguros	ID #		Grupo	
Morada do Seguro	Cidade, Estado, Código postal		Número de telefone do seguro	
Nome do titular da apólice	Data de nascimento do titular da apólice		SSN do segurado	
Empregador do titular da apólice	Relacionamento do paciente com o segurado		Data de vigência do seguro	
Representante pessoal autorizado para acessar informações de saúde protegidas				
Nome	Número de telefone		Relacionamento com o paciente	
1. Responsabilidade financeira: Certifico que as informações que forneci sobre minha cobertura de seguro estão corretas e autorizo a Capital Women's Care a verificar a cobertura de seguro e os benefícios permitidos sob minha cobertura de plano de seguro. Autorizo os pagamentos a serem feitos diretamente à Capital Women's Care para todos os benefícios do seguro saúde que são pagos de acordo com os termos da minha apólice de seguro saúde que são pagos de acordo com os termos da minha apólice de seguro pelos serviços prestados. Eu concordo em pagar qualquer copagamento, cosseguro ou franquia conforme exigido pelo meu seguro para os termos e regulamentos do meu plano de seguro. Você concorda em nos reembolsar pelos honorários de qualquer agência de cobrança, que podem ser baseados em uma porcentagem de 25% da dívida, e todos os custos e despesas, incluindo honorários advocatícios razoáveis, fazemos tais esforços de cobrança.		3. Liberação de informações médicas para faturamento: Autorizo a Capital Women's Care a enviar uma reclamação e uma cópia dos registros médicos relacionados a tais serviços à minha seguradora, ao Fundo de Saúde e Bem-Estar Médica ou Medicaid para serviços médicos prestados a mim ou a meu dependente. Também autorizo a Capital Women's Care a fornecer uma cópia desta publicação e uma cópia desta publicação e uma cópia dos registros médicos relacionados a esses serviços, se solicitado pelo pagador. Além disso, autorizo a Capital Women's Care a liberar informações médicas para meu médico principal ou consultor para auxiliar na continuidade dos cuidados. Esta liberação irá expirar um ano após a data de minha assinatura abaixo, a menos que eu cancele esta liberação por escrito antes da data.		
O Capital Women's Care pode impor uma taxa de não comparecimento de \$ 35,00 para consultas não canceladas com 24 horas de antecedência..		4. Recebimento do aviso de privacidade: Tive a oportunidade de revisar o Aviso de Práticas de Privacidade do Capital Women's Care, que fornece uma descrição detalhada de como minhas informações de saúde protegidas são usadas e divulgadas.		
2. Pagamento total no momento do serviço: Eu entendo que se a Capital Women's Care não participar com meu seguro ou eu não tiver seguro, o pagamento é devido na íntegra no momento do serviço.		5. Serviços não cobertos: Eu concordo em pagar por serviços médicos prestados a mim ou meu dependente que não são cobertos pelos benefícios do meu plano de seguro		
Estoy de acuerdo con el consentimiento mencionado anteriormente				
Firma del Paciente o tutor legal:			Fecha:	
Informacion del Paciente				

Nombre	Fecha	Información de la cita
¿Cómo se enteró de nuestra práctica? referencia del paciente otra referencia página web / internet ad / radio / TV Otro _____		
Etnia del paciente, raza y religión y identidad de género (Por favor circula su respuesta) - solo para la toma de decisiones médicas		
Etnicidad: Hispana / Latina No Hispana/Latina discutirá con el proveedor selección actual del sistema:		
Raza: Asiática Negra o afroamericana Blanca India americana o nativa de alaska Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico Hispana/Latina Multi racial discutirá con el proveedor selección actual del sistema:		
Religión: _____ discutirá con el proveedor selección actual del sistema:		
Identidad de género: elige no revelar hembra mujer a hombre genero masculino hombre a mujer discutirá con el proveedor selección actual del sistema:		
Orientación sexual: elige no revelar Bisexual lesbiana / gay / homosexual heterosexual discutirá con el proveedor selección actual del sistema:		
Pronombre preferido: negarse a contestar él / su Otro Ella Ellos/Ellas mujer discutirá con el proveedor selección actual del sistema:		
Alergias del paciente (por favor incluya su reacción a su alergia)		
Alergeno	Reacción	
Medicamentos de pacientes (por favor incluya la dosis para cada medicamento)		
Medicamentos	Dosis	
Farmacia preferida del paciente		
Nombre del Farmacia	Número de teléfono del Farmacia	
Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal	
Comunicación con el paciente		

Capital Women's Care médicos se dedican a ayudar a nuestros pacientes a vivir estilos de vida saludables. A su médico le gustaría tener la oportunidad de comunicarse con usted a través del portal del paciente, correo electrónico y teléfono sobre servicios de salud preventivos, como exámenes de mujeres u otra información de promoción de la salud. Además, puede haber otros mensajes que nos gustaría enviar a nuestros pacientes, como el anuncio de nuevos médicos o cambios en el contrato con las compañías de seguros.

Patient Portal: El portal es el método de comunicación preferido para todos los adultos mayores de 18 años. El método requiere una dirección de correo electrónico activa e inscripción en el portal.

Correo electrónico: Capital Women's Care hace este compromiso con nuestros pacientes sobre la recopilación de información por correo electrónico.

1. Serán para utilizar solo par Capital Women's Care. No serán vendidas a ninguna otra entidad.
2. Se protegerá la privacidad del paciente. La dirección de correo electrónico no se utilizará para comunicar información personal de salud ni de ninguna manera inconsistente con la ley de responsabilidad y portabilidad del seguro de salud. (HIPPA).
3. Los correos electrónicos a nuestros pacientes serán comunicaciones unidireccionales y, por lo tanto, no permitirán conversaciones entre el paciente y el médico / personal.

Teléfono: Como un servicio a nuestros clientes, ofrecemos un recordatorio de cortesía de la cita y posiblemente otras llamadas importantes que se pueden hacer usando un mensaje pregrabado. Al proporcionar su número de teléfono celular, usted acepta recibir dichas llamadas en este número.

All health related questions should continue to be addressed to the appropriate Capital Women's Care personal. Los comentarios y preguntas adicionales sobre nuestra política de privacidad en relación con las comunicaciones electrónicas deben dirigirse a Capital Women's Care oficial de cumplimiento en privacy@cwcare.net o 301-340-8339 ext 201

Nombre del Paciente:	correo electrónico:
Firma del Paciente:	Fecha: