



660 South 200 East Ste. 250 Salt Lake City, UT 84111
Teléfono: 801-359-2256 Fax: 801-364-4392

REGISTRO DE PACIENTES

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO – PRIMER NOMBRE – SEGUNDO NOMBRE)			Dirección		
CIUDAD, ESTADO		CODIGO POSTAL	TELÉFONO DE HOGAR		TELEFONO CECULAR
FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro _____	
Correo electrónico:	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> Se negó a informar	Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros, por favor, lista a continuación		Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra raza <input type="checkbox"/> No reportado/Rechazado para informar	
Miembro de CTGR: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Afiliación Tribal No CTGR:				Refugiado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
ID de inscripción:					
NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL PACIENTE	DIRECCION DEL EMPLEADOR DEL PACIENTE (DIRECCIÓN DE LA CALLE - CIUDAD - ESTADO – CODIGO POSTAL)			Teléfono del empleador	
¿Es el paciente un niño menor de edad y usted autoriza a un adulto diferente (no padre o guardián de al menos 18 años de edad) a dar su consentimiento para la atención en su ausencia?? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Este consentimiento incluye procedimientos, inmunizaciones y prescripción de medicamentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Adulto Autorizado:					
INFORMACION DE PARTE ASEGURADA/RESPONSABLE					
Relación con el asegurado: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Padre de familia <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Otro (Por favor especifique) _____					
NOMBRE (APELLIDO – PRIMER NOMBRE – SEGUNDO NOMBRE)			DIRECCION (si es diferente del paciente)		
TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO DE TRABAJO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	Empleador	
INFORMACIÓN DE SEGUROS					
NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO		DIRECCION (CALLE - CIUDAD - ESTADO – CODIGO POSTAL)		Teléfono	
NÚMERO DE GRUPO	NÚMERO DE SUScriptor/ID	Empleador		Teléfono del empleador	
NOMBRE DEL SEGURO SECUNDARIO		DIRECCION (CALLE - CIUDAD - ESTADO - CODIGO POSTAL)		Teléfono	
NÚMERO DE GRUPO	NÚMERO DE SUScriptor/ID	Empleador		Teléfono del empleador	
MÉDICO PRIMARIO/MÉDICO FAMILIAR			MEDICO REFERIDO		
CONTACTO DE EMERGENCIA:			Relación	NÚMERO DE TELÉFONO	
¿El contacto de emergencia mencionado anteriormente tiene permiso para discutir su información médica protegida: Sí _____ No _____			Farmacia/Ubicación Preferida:		



660 South 200 East Ste. 250 Salt Lake City, UT 84111
 Teléfono: 801-359-2256 Fax: 801-364-4392

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DE HIPAA DEL PACIENTE

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

(Iniciales del Paciente) Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de la práctica, que describe las formas en que la práctica puede usar y divulgar mi información médica para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos. Entiendo que puedo contactar al Oficial de Privacidad designado en el aviso si tengo una pregunta o queja. Entiendo que esta información puede ser revelada electrónicamente por el Proveedor y/o los socios comerciales del Proveedor. En la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de Prácticas de Privacidad de la práctica.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

(Iniciales del Paciente) Por la presente permito la práctica y los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en la atención hospitalaria o ambulatoria para divulgar información médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

- La información de atención médica relativa a una admisión previa en otras instalaciones afiliadas al Círculo Sagrado puede ponerse a disposición de las instalaciones de admisión afiliadas posteriores al Círculo Sagrado para coordinar la atención al Paciente o para fines de gestión de casos. La información de atención médica puede ser liberada a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del Paciente para verificar preguntas de cobertura o pago, o para cualquier otro propósito relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también puede ser dada a conocer al designado de mi empleador cuando los servicios prestados están relacionados con una reclamación bajo la compensación del trabajador.
- Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de información médica a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o transportistas para el pago de una reclamación de Medicare o a la agencia estatal apropiada para el pago de una reclamación de Medicaid. Esta información puede incluir, sin limitación, historial y registros físicos, de emergencia, informes de laboratorio, informes operativos, tratamiento de drogas y alcohol y resumen de alta.
- Las leyes federales y estatales pueden permitir que esta instalación participe en organizaciones con otros proveedores de atención médica, aseguradoras y/u otros participantes de la industria de la salud y sus subcontratistas con el fin de que estas personas y entidades compartan mi información de salud entre sí para lograr metas que pueden incluir, entre otras: mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de mis registros de salud; disminuyendo el tiempo necesario para acceder a mi información; agregar y comparar mi información con fines de mejora de la calidad; y otros propósitos que puedan ser permitidos por la ley. Entiendo que esta instalación puede ser miembro de una o más de esas organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información sobre condiciones psicológicas, condiciones psiquiátricas, condiciones de discapacidad intelectual, información genética, condiciones de dependencia química y/o enfermedades infecciosas, incluidas, entre otras, enfermedades transmitidas por la sangre, como el VIH y el SIDA.

DIVULGACIONES A AMIGOS Y/O MIEMBROS DE LA FAMILIA

¿QUIERES DESIGNAR A UN MIEMBRO DE LA FAMILIA U OTRO INDIVIDUAL CON QUIEN EL PROVEEDOR PUEDE DISCUTIR SU CONDICION MEDICA? SI SI, ¿QUIEN?

Doy permiso para que mi Información de Salud protegida sea divulgada con el propósito de comunicar resultados, hallazgos y decisiones de cuidado a los miembros de la familia y otras que se enumeran a continuación:

Nombre(s)	Relación:	Número de contacto:
Nombre(s)	Relación:	Número de contacto:

El Paciente/Representante puede revocar o modificar esta autorización específica y que la revocación o modificación debe ser por escrito.

Nota: Esta clínica utiliza un Registro Electrónico de Salud que actualizará todos sus datos demográficos a la información que acaba de proporcionar. Tenga en cuenta que esta información también se actualizará para su comodidad a todas nuestras clínicas afiliadas que comparten un registro de salud electrónico en el que usted tiene una relación.

RECOGIDA DE PEDIDOS DE RECETAS

Puede haber ocasiones en las que necesite que un amigo o familiar recoja una orden de prescripción (guión) del consultorio de su médico. Para que podamos dar una receta a su familiar o amigo, necesitaremos tener un registro de su nombre. Antes de la publicación del guion, su designado tendrá que presentar una identificación de imagen válida y un signo para la receta.

Deseo designar a las personas para recoger un pedido de receta en mi nombre: Sí No

Nombre(s)	Nombre(s)
------------------	------------------

POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE

(Iniciales del Paciente) Reconozco que he recibido, revisado, entendido y cumpliré con las políticas explicadas en el Formulario de Política Financiera de Cuidado de salud del Círculo Sagrado. Hay un formulario detallado disponible bajo petición.

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIAR U OTRA GRABACIÓN PARA OPERACIONES DE SEGURIDAD Y/O ATENCIÓN MÉDICA

(Iniciales del paciente) Doy mi permiso para que las fotografías, las grabaciones digitales o de audio y/o las imágenes de mí sean grabadas con fines de seguridad y/o de las operaciones de atención médica de la práctica (por ejemplo, actividades de mejor de la calidad). Entiendo que la instalación conserva los derechos de propiedad de las imágenes y/o grabaciones. Se me permitirá solicitar el acceso o copias de las imágenes cuando sea tecnológicamente posible a menos que la ley prohíba lo contrario. Entiendo que estas imágenes y /o grabación se almacenarán y protegerán de forma segura. Las imágenes y/o grabaciones en las que estoy identificado no se publicarán ni utilizarán sin una autorización específica por escrito de mí o de mi representante legal, a menos que sea para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica o que la ley permita de otro modo.

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE MENSAJES DE CORREO ELECTRICO O TEXTO PARA RECUERDOS DE APPOINTMENT Y OTRAS COMUNICACIONES DE SALUD:

Queremos estar conectados con nuestros pacientes.

Los pacientes en nuestra práctica pueden ser contactados por correo electrónico vial y / o mensajes de texto para confirmar una cita, para obtener comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica, y para ser proporcionados recordatorios de salud general / información. Si en algún momento, usted proporciona una dirección de correo electrónico o número de texto a continuación, entiendo que puede obtener estas comunicaciones de la clínica. Puede optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento. La práctica no cobra por este servicio, pero es posible que se apliquen tarifas de mensajería estándar según lo dispuesto en su plan de servicio móvil (póngase en contacto con su proveedor de servicios inalámbricos para obtener detalles y planes de precios).

TELEFONO CELULAR AUTORIZADO:

CORREO ELECTRONICO AUTORIZADO:

Me gustaría recibir alertas de texto y correo electrónico Sí No

CERTIFICADO DEL PACIENTE:

Doy fe de que todos los proveedores de información son correctos y fieles a mi mejor conocimiento.

Firma del paciente/padre/guardian/representante del paciente:

Fecha:

Nombre del paciente/padre/guardianr/representante del paciente (impreso):

Fecha:

Firma de testigo

Fecha:



660 South 200 East Ste. 250 Salt Lake City, UT 84111
 Teléfono: 801-359-2256 Fax: 801-364-4392

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

CONSENTIMIENTO A LOS SERVICIOS MÉDICOS

(Iniciales del Paciente) Doy mi consentimiento a los procedimientos de laboratorio u otros servicios que me haya prestado según lo ordenado por mi médico. Este consentimiento incluye la prueba de enfermedades infecciosas transmitidas por la sangre, incluyendo pero no limitado a Hepatitis y VIH (Deficiencia Inmune Humana), si un médico ordena tales pruebas con fines diagnósticos.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

(Iniciales del paciente) Esta asignación de beneficios permite que el centro de atención médica y/o los médicos basados en instalaciones sean pagados directamente por mi compañía de seguro médico u otro plan de beneficios de salud para los servicios de laboratorio, los servicios de farmacia, el centro de salud y/o los médicos basados en instalaciones que me proporcionan. A cambio de los servicios prestados y para ser prestados por los médicos de la instalación y / o de la instalación, todos los derechos, títulos e intereses en todos los beneficios pagaderos por los servicios de laboratorio prestados, que se proporcionan en todas y cada una de las pólizas de seguro y planes de beneficios de salud de los que mis dependientes o yo tenemos derecho a recuperar. Esta asignación y transferencia será con el propósito de otorgar al centro de atención médica y / o médicos basados en la instalación un derecho independiente de recuperación contra mi aseguradora o médicos para perseguir cualquier derecho de recuperación. En ningún caso el centro de salud y/o los médicos basados en instalaciones conservarán beneficios por encima de la cantidad adeudada al centro de salud y/o a los médicos basados en instalaciones para la atención y el tratamiento prestados durante mis visitas.

ACUERDO DE PAGO

(Iniciales del Paciente) El paciente/parte responsable o tutor legal se obliga al pago de la cuenta de prácticas incurridas de acuerdo con las tarifas regulares y los términos de la práctica en el momento del alta. Si el paciente/parte responsable no realiza el pago cuando vence y la cuenta se convierte en morosa o se entrega a una agencia de cobro o a un abogado para su cobro, el paciente/responsable deberá pagar una cuota de cobro del 29% y todos los costos judiciales y honorarios del abogado.

CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE DE MEDICARE

(Iniciales del Paciente) Certifico que la información dada por mí al aplicar el pago bajo el Título XVII de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a cualquier titular de información médica u otra información sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o a llevar cualquier información necesaria para esta o una reclamación relacionada de Medicare. Permiso que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original y solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados en mi nombre.

CONSENTIMIENTO PARA LLAMADAS TELEFÓNICAS DE COMUNICACIONES FINANCIERAS

(Iniciales del Paciente) Estoy de acuerdo en que, para el Cuidado de la Salud del Círculo Sagrado, o Los Administradores y agentes de cobro de Extended Business Office (EBO), para atender mi cuenta o para cobrar cualquier cantidad que pueda adeudar, acepto expresamente y consiento que Sacred Circle Healthcare o EBO Servicer y los agentes de cobro puedan ponerse en contacto conmigo por teléfono en cualquier número de teléfono, sin limitación o inalámbrico, he proporcionado o Sacred Circle Healthcare o EBO Servicer y los agentes de cobro han obtenido o, en cualquier número reenviado o transferido desde ese número, con respecto a los servicios prestados. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o el uso de un dispositivo de marcado automático, según corresponda.

CERTIFICACIÓN

Por la presente certifico y declaro que he leído una oportunidad para hacer preguntas sobre esta Autorización del Paciente, entiendo completamente esta Autorización del Paciente y que he firmado esta Autorización del Paciente a sabiendas, libre y voluntariamente. Además, certifico y declaro que no he recibido promesas, garantías o garantías de nadie en cuanto a los resultados que puedan obtenerse de cualquier procedimiento de laboratorio u otros servicios y he firmado este documento sin incentivo, aparte de la entrega de servicios por parte del centro de salud y / o médicos basados en la instalación.

Firma del paciente/padre/tutor/representante del paciente:	Fecha:
Nombre del paciente/padre/tutor/representante del paciente (impreso):	Fecha:
Firma del testigo:	Fecha:



660 South 200 East Ste. 250 Salt Lake City, UT 84111
 Teléfono: 801-359-2256 Fax: 801-364-4392

POLÍTICAS Y ORIENTACIONES CLINICAS

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

- Por favor notifíquenos cualquier cambio de información, incluyendo, pero no limitado a, dirección, números de teléfono, dirección de correo electrónico, estado civil, historial médico, cobertura de seguro antes de ver a su proveedor.
- Por favor, apague cualquier dispositivo de teléfono celular en nuestra oficina. Los teléfonos celulares pueden interferir con equipos de alta tecnología interrumpir a otros pacientes en nuestra oficina.

CITAS

- Se requiere un aviso de 24 horas para cancelar una cita. Si se nos da menos de 24 horas hábiles de anticipación, se considera un No-Show (cita rota).
- Después de 2 citas rotas, no podremos programar otra cita. Te valoramos como paciente y aun así nos gustaría verte a Walk-In pie.
- Si usted está colocado en el estado Walk-In debe llamar y ver si hay espacio ese día para que usted pueda entrar y ser visto. Puede haber un tiempo de espera más largo, ya que le vamos a trabajar en nuestro horario.
- Por favor, haga todo lo posible para mantener sus citas programadas. Las citas perdidas pueden generar una tarifa de \$25.
- Para evitar inconvenientes y respetar el tiempo de nuestros pacientes, es posible que sea necesario reprogramar "Pacientes tardíos" (5 minutos después de la hora de la cita).

DIRECTRICES FINANCIERAS

- Un padre o tutor debe firmar para niños menores de 18 años. El padre o tutor que firma al paciente es responsable de la cuenta del paciente.
- No facturamos por servicios. Pedimos que todos los pagos sean recibidos en el momento en que se prestan los servicios. Aquellos que tienen seguro son responsables del deducible y /o copago en el momento del servicio. Haremos nuestra mejor estimación de su cobertura de seguro; sin embargo, usted es responsable de conocer el nivel y el alcance de sus beneficios de seguro.
- Su póliza de seguro es un acuerdo contractual entre usted y su compañía de seguros. Si su compañía de seguros no ha pagado su reclamo de manera oportuna (45 días), será necesario cambiar el saldo de la cuenta a la responsabilidad del paciente.
- Usted es financieramente responsable de Sacred Circle Healthcare para su cuenta. Si su cuenta se vence y/o se moro, deberá pagar cualquier cargo asociado con el pago total de su cuenta.

PRESCRIPCIONES

- El paciente tomará medicamentos solo según lo prescrito. A los pacientes que tomen más de la receta indicada no se les recetará un medicamento adicional.
- Solo los pacientes para los que se escribe la receta pueden usar los medicamentos. No habrá recargas por recetas de narcóticos perdidas, robadas o extraviadas.
- Cualquier intento de obtener medicamentos adicionales de otro médico puede considerarse tratando de abusar de las recetas de narcóticos y puede ser referido a las autoridades legales para apropiado y / o despido de la práctica.
- Por favor llame con al menos 72 horas de antelación para todas las solicitudes de recarga de medicamentos.

NUESTRO COMPROMISO

Nuestro objetivo en Sacred Circle Healthcare es tratarlo de la manera en que desea ser tratado. Valoramos nuestra relación con usted y le proporcionaremos la atención médica más moderna, de alta tecnología y cómoda disponible. Por favor, háganos saber lo que más le importa, para que podamos darle el tipo de tratamiento y cuidado que se merece.

CERTIFICACIÓN

Reconozco que he leído y entiendo las políticas y directrices anteriores. También entiendo que si tengo preguntas o inquietudes que puede solicitar para hablar con un miembro del equipo de administración.

Firma del paciente/padre/tutor/representante del paciente:

Fecha:

Nombre del paciente/padre/tutor/representante del paciente (impreso):

Fecha: