

STAR IMAGING

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

Médico Referente: _____ La fecha de hoy: _____

Información para el paciente:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐ Estado civil: _____ SSN: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono # _____ - _____ - _____ Correo electrónico: _____

¿El paciente es menor de edad? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, nombre del padre/tutor: _____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa # _____ - _____ - _____ Celda # _____

Información del seguro:

☐ Marque la casilla que confirma el estado de pago por cuenta propia.

☐ Marque la casilla si se trata de un relacionado con accidentes/lesiones:

Seguro Primario:

Nombre del seguro: _____

Nombre del seguro de automóvil: _____

Política #: _____

Reclamación #: _____

Grupo #: _____

Nombre del Asegurado: _____

Nombre del Ajustador: _____

DOB: _____

Relación con el paciente: _____

Número de teléfono del ajustador: _____

Consentimiento y reconocimiento

Autorizo a Star Imaging a divulgar cualquier información médica o de otro tipo necesaria para este reclamo o un reclamo relacionado. Si se acepta la cesión, solicito que el pago de los beneficios del seguro se realice directamente a STAR IMAGING. Soy responsable del deducible, el copago y el servicio no cubierto (según lo determine mi aseguradora). Entiendo que cualquier pago de deducible o coseguro realizado en esta fecha de examen son estimaciones basadas en la información que STAR IMAGING recibió de mi compañía de seguros antes de la presentación de la reclamación para este examen. Una vez que se presenta un reclamo a mi compañía de seguros para el examen, entiendo que puedo ser responsable de montos adicionales de acuerdo con mi plan de seguro individual y reconozco que STAR IMAGING me facturará el saldo restante. Autorizo la divulgación de información, películas y copias pertinentes a mi historial médico y para el seguimiento de cualquier hallazgo sospechoso. Este consentimiento autoriza a STAR IMAGING a divulgar a mi compañía de seguros, al médico remitente y a otros médicos que participan en mi atención mi historial médico, incluidas las imágenes y los informes.

Firma del Paciente/Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

STAR IMAGING

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y AUTORIZACIÓN DE HIPAA Y CONSENTIMIENTO DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Su informe se enviará automáticamente al médico remitente para la visita de hoy. Si desea que un proveedor diferente reciba el informe, proporcione su nombre y número de teléfono.

Suelte a:

1. Nombre de la Clínica/Proveedor: _____ Teléfono: _____

2. Nombre de la Clínica/Proveedor: _____ Teléfono: _____

Con el propósito de (Marque al menos uno)

- ☐ Continuidad de la atención por parte de otro proveedor
- ☐ Seguro
- ☐ Discapacidad
- ☐ Otro

- ☐ Solicitud del paciente
- ☐ Legal/Abogado
- ☐ Escuela

Por favor, lea este formulario completo antes de firmar y complete todas las secciones que se aplican a sus decisiones relacionadas con la divulgación de información médica protegida. Las entidades cubiertas, tal como se define ese término en la HIPAA y el Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.001, deben obtener una autorización firmada de la persona o del representante legalmente autorizado de la persona para divulgar electrónicamente la información de salud protegida de esa persona. No se requiere autorización para divulgaciones relacionadas con el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica, la realización de ciertas funciones de seguro o según lo autorice la ley. Las entidades cubiertas pueden usar este formulario o cualquier otro formulario que cumpla con HIPAA, la Ley de Privacidad Médica de Texas y otras leyes aplicables. A las personas no se les puede negar el tratamiento por no firmar este formulario de autorización, y la negativa a firmar este formulario no afectará el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios. Además, reconozco que tengo el derecho de designar el acceso a mi INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI) a cualquier persona de mi elección. Por la presente, autorizo la divulgación de mi PHI a las siguientes personas.

PERSONAS AUTORIZADAS

1. _____ Relación: _____

2. _____ Relación: _____

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a Star Imaging, según el Aviso de Prácticas de Privacidad de la oficina. Entiendo que al firmar esta autorización, esta información será utilizada por Star Imaging para tomar la determinación de la divulgación de mi PHI. También entiendo que esta autorización permanecerá en vigor hasta que solicite una actualización y/o enmienda.

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

FECHA

FIRMA