



Informacion de Nuevo Paciente

Por favor complete claramente:

Paciente: Primer Nombre: _____ Inicial Segundo nombre: ____ Apellido _____ Genero: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Estatus: C ___ S ___ D ___ V ___ Raza: _____ Etnia: _____

Seguro Social # ___ - ___ - ___ *Se requiere o tarjeta de crédito para mantener en nuestro sistema para propósitos de facturación.

Lenguaje: _____ Teléfono de casa: ___ - ___ - ___ Teléfono celular: ___ - ___ - ___ *Circule el preferido: Casa / Celular

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección de email: _____ Doctor Primario: _____ Doctor Referido: _____

Farmacia Preferida: _____ Calle/dirección: _____

<p>Aseguranza:</p> <p>Aseguranza primaria: _____</p> <p>Póliza # _____ Grupo# _____</p> <p>Nombre del Subscriptor: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: ___/___/___</p> <p>Seguro Social # ___ - ___ - ___ Relación con el paciente: _____</p>	<p>Aseguranza:</p> <p>Aseguranza secundaria: _____</p> <p>Póliza # _____ Grupo# _____</p> <p>Nombre del Subscriptor: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: ___/___/___</p> <p>Seguro Social: ___ - ___ - ___ Relación con el paciente: _____</p>
--	---

Por favor Complete si el paciente es menor de edad (Si es tutor legal, relación con el paciente):

Información de la mama': _____ Inicial Segundo nombre: ____ Apellido _____

Seguro Social # ___ - ___ - ___ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Teléfono de casa: ___ - ___ - ___ Teléfono celular: ___ - ___ - ___

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____ Numero de su trabajo: _____

Información del papa': _____ Inicial Segundo nombre: ____ Apellido _____

Seguro Social # ___ - ___ - ___ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Teléfono de casa: ___ - ___ - ___ Teléfono celular: ___ - ___ - ___

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____ Numero de su trabajo: _____

HIPPA Contactos, Autorización para proteger información sobre su salud para los siguientes individuos. Contactos de emergencia.

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Kern Allergy Medical Clinic
CONSENTIMIENTO PARA EL PACIENTE

El Departamento de Salud y Servicios a establecido una nueva “Regla Privada” para ayudar que la información medica personal sea protegida privadamente. La regla también fue creada para que los paciente, cobros, y apara las operaciones de los proveedores.

Como nuestros pacientes queremos que sepan que respetamos su record médico personal y haremos todo lo que podamos para proteger y mantenerlo seguro. Cuando sea apropiado y seguro, nosotros proveremos la mínima información necesaria solamente a donde nosotros sabemos que necesitan la información médica, para pagos, y tratamientos médicos.

También queremos que sepan que apoyamos su acceso total a sus records médicos personales. Consentimiento en escrito es necesario y el reviso de su dolor. Podemos tener tratamiento indirecto relacionado con usted (como laboratorios que solamente tratan con doctores y no pacientes) y tengan que dar información personal ya sea para tratamientos, pagos, etc. Estos procedimientos usualmente no requieren consentimiento del paciente.

Usted puede rechazar el consentimiento para dar su información personal médico pero tendrá que ser por escrito. Bajo esta ley tenemos el derecho de negarle tratamiento si decide negarse a consentir su información personal de salud. Si decide dar el consentimiento en este documento, y si el futuro rechasa todo o parte del consentimiento ya no podrá evitar decisiones antes hechas que dependían en este consentimiento firmado.

Usted tiene el derecho de revisar avisos privados, requerir restricciones y revocar consentimiento en escrito después de haber revisado nuestro aviso privado.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

(Padre,Guardian (si el paciente es menor de 18 anos)

.....

ASEGURANDO LA NOTIFICACION DE NUESTROS PACIENTES

El mal uso de información medica personal ha sido identificado como un problema personal causando inconveniencia, enojo y dinero. Queremos que sepan que todos nuestros empleados, managers, y doctores pasan por un entrenamiento para que y obedezcan las leyes del gobierno y reglas sobre el acto de aseguranza de salud y el acto de contabilidad conocido por (HIPPA) con los énfasis particulares de la nueva “Regla de Privacidad”.

Es nuestra póliza de apropiadamente determinar el uso apropiado de la regla de privacidad en acuerdo con las reglas governamentales y requisitos. Queremos asegurarle que nuestra practica no contribuye al creciendo problema de inapropiado uso de esta nueva regla. Para parte del plan hemos hecho un programa cual nosotros creemos que ayudará a que no se haga este mal uso de información.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

(Padre,Guardian (si el paciente es menor de 18 anos)



Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

POLIZA FINANCIERA DE LA OFICINA

Nuestro objetivo es proporcionar y mantener una buena relación médico-paciente. Informarle con anticipación sobre nuestra política de oficina permite un buen flujo de comunicación y nos permite lograr nuestro objetivo. Lea esto atentamente y si tiene alguna pregunta, no dude en preguntarle a un miembro de nuestro personal.

Registro de pacientes:

Se requiere una copia de su tarjeta de seguro actual, licencia de conducir y verificación de su dirección. Usted es responsable de garantizar que su dirección y el seguro registrado sean correctos. Usted es responsable de cualquier saldo impagado o tarifas que surjan si esta información no se actualiza.

Política de cancelaciones y no presentación

Las citas perdidas no solo lo afectan a usted, sino también a otros pacientes que esperan ser atendidos. Si no puede asistir a su cita, requerimos un aviso de 48 horas para cancelarla para que podamos abrir este horario para que otros pacientes programen. Si no nos llama o envía un mensaje de texto dentro de las 48 horas, estará sujeto a:

_____(iniciales) • Tarifa de **\$50** por cualquier cita perdida.

_____(iniciales) • Tarifa de **\$70** por cualquier cita de procedimiento perdida (prueba cutánea o prueba de función pulmonar)

_____(iniciales) • Tarifa de depósito de **\$100** para programar cualquier prueba especializada (desafíos orales, examen de medicamentos, examen de veneno)

**Con la excepción de Medi-cal*

_____(iniciales) • **Pacientes con Medi-Cal:** Los pacientes que acumulen 3 ausencias consecutivas dentro del año serán referidos de regreso a su proveedor de atención médica primaria, PCP. Se notificará a su PCP y se requerirá una referencia. Quedará a disposición de su proveedor si regresara a ser atendido en nuestras instalaciones una vez más.

Cobertura del seguro

• Como cortesía, Kern Allergy verificará su cobertura y presentará reclamaciones de seguro a su compañía de seguros primaria y secundaria. Si el seguro secundario no cubre el saldo adeudado del seguro primario, usted es responsable de cualquier saldo de la cuenta.

• Se espera que los pacientes paguen todos los copagos, deducibles y coaseguros estimados en el momento del servicio. Si no puede pagar su copago y/o cualquier otra responsabilidad del paciente en el momento del servicio, se le pedirá que re programe. Si tiene un deducible que excede los **\$500**, es posible que se le solicite que proporcione información sobre el depósito o la tarjeta de crédito.

_____(iniciales) • Beneficios de su aseguranza es importante saber- incluidos los requisitos de elegibilidad, los beneficios cubiertos y los procedimientos médicamente necesarios, es su responsabilidad. Comuníquese con el departamento de atención al cliente de su compañía de seguros si tiene alguna pregunta sobre su cobertura.

- Usted es responsable de cualquier cargo que no esté cubierto por su plan de seguro.

Pago

_____(iniciales) • Los arreglos de pago deben establecerse con nuestro Departamento de Facturación cuando cualquier saldo exceda los 90 días. El incumplimiento del plan de pago acordado resultará en que la cuenta sea enviada a colecciones o en que el saldo total sea coleccionado por completo. Los pacientes con saldos pendientes tendrán sus servicios en pausa. **No se programarán citas ni se proporcionarán resurtidos de recetas hasta que el saldo esté pagado en su totalidad.**

• Se cobrará una tarifa de **\$50.00** por cualquier cheque devuelto, junto con los cargos bancarios incluidos.

• Si solicita una copia de sus registros médicos, habrá una tarifa de **\$25.00**

• Si tiene formularios que el médico debe completar y firmar, estará sujeto a una tarifa de **\$25.00** por la primera página y **\$5.00** por cualquier formulario adicional.

PACIENTES DE HMO O PPO QUE REQUIERAN UNA REFERENCIA: Usted es responsable de asegurarse de que sus visitas a nuestro consultorio estén autorizadas por su médico de atención primaria (PCP). Esta autorización debe obtenerse antes de su visita programada. Es responsabilidad del paciente asegurarse de que hayamos recibido la autorización. Si no tiene la autorización adecuada, su cita se reprogramará o será responsable como paciente en efectivo. El pago debe realizarse al momento de la visita para ser atendido.

Pacientes menores

- Los pacientes menores de 18 años deben estar acompañados por el padre o tutor. (A menos que se dé consentimiento)
- El padre que dé su consentimiento para el tratamiento será la parte responsable de la cuenta y será responsable de todos los cargos independientemente del decreto de divorcio o separación.

Terminación / Suspendimiento de la práctica

Los siguientes escenarios pueden poner en peligro la relación paciente/médico en la que Kern Allergy Medical Clinic terminará o suspenderá al paciente de la práctica. Se enviará al paciente una carta de baja en caso de:

- Paciente abusivo
- Incumplimiento de obligaciones financieras
- Blasfemias
- Amenazas de represalias en las redes sociales

He leído y entiendo la Política financiera de Kern Allergy Medical Clinic y acepto cumplir y aceptar la responsabilidad de cualquier pago vencido como se describió anteriormente.

Nombre del paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del Padre o Guardian

Fecha