



INSCRIPCION DE PACIENTES

REG. DATE ____ / ____ / ____ PRIMARY LOC. # _____ PCP _____ MRN: _____

PLEASE PRINT *DO NOT PRINT IN THE AREA ABOVE

INFORMACION DE PACIENTE O DEPENDIENTE

NOMBRE: INICIAL:	APELLIDO:	SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
FECHA DE NACIMIENTO:	NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	ELECTRÓNICO CORREO:
DOMICILIO: APT. #	CIUDAD: ESTADO:	CODIGO POSTAL:
TELÉFONO DE CASA:	NÚMERO DE CELULAR:	NÚMERO DE TELÉFONO:
EMPLEADOR / ESCUELA:	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR:	COMUNICACION PREFERIDA POR EL PACIENTE: <input type="checkbox"/> TELÉFONO DE CASA <input type="checkbox"/> TELÉFONO CELULAR <input type="checkbox"/> PORTAL DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> ENVIAR A LA DIRECCION ARCHIVADA DEL DOMICILIO
TIEMPO COMPLETO ____ TIEMPO MEDIO ____ JUBILADO ____ ESTUDIANTE ____	RAZA: <input type="checkbox"/> HAWIANANO NATIVO/OTRO ISLEÑO PACIFICO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO	ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NO HISPANO O LATINO IDIOMA PRINCIPAL:
OCUPACIÓN:	ESTADO CIVIL: SOLTERO ____ CASADO ____ DIVORCIADO ____ VIUDO ____	

NÚMERO DE TELÉFONO AUTORIZADO PARA DEJAR MENSAJE: (____) _____ FIRMA DEL PACIENTE/PADRE/TUTOR: _____

INFORMACION PARA CONTACTO DE EMERGENCIA

CONTACTO PRINCIPAL	RELACION CON EL PACIENTE:	TELÉFONO DE CASA:	TELÉFONO DE TRABAJO / OTRO:
--------------------	---------------------------	-------------------	-----------------------------

SI EL PACIENTE ES MENOR POR FAVOR PROPORCIONE LA INFORMACION SIGUIENTE:

MADRE (TUTORA LEGAL): _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____	NÚMERO CELULAR: _____
PADRE (TUTOR LEGAL): _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____	NÚMERO CELULAR: _____

INFORMACION DE GARANTE O GRUPO RESPONSIBLE

NOMBRE:	APELLIDO:	INICIAL:
FECHA DE NACIMIENTO:	NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	SEXO:
DIRECCIÓN: APT. #	CIUDAD: ESTADO:	CODIGO POSTAL:
TELÉFONO DE CASA:	NÚMERO CELULAR:	NUMERO TELEFÓNICO DEL TRABAJO:
EMPLEADOR / ESCUELA:	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR:	RELACIÓN CON EL PACIENTE:
OCUPACION:		
TIEMPO COMPLETO ____ TIEMPO MEDIO ____ JUBILADO ____ ESTUDIANTE ____		EL MISMO PACIENTE ____ CONYUGE ____ PADRE O MADRE ____ OTRO ____

INFORMACION DE ASEGURANZA

NOMBRE DE ASEGURANZA:	NOMBRE O NÚMERO DE GRUPO:	NÚMERO DE LA IDENTIFICACION DEL ASEGURADO:
RELACION CON EL ASEGURADO:	APELLIDO DEL ASEGURADO:	PRIMER NOMBRE: INICIAL:
EL MISMO PACIENTE ____ CONYUGE ____ HIJO O HIJA ____ OTRO ____	SEXO: FECHA DE NACIMIENTO:	TELÉFONO:
DIRECCION:	CIUDAD: ESTADO:	CODIGO POSTAL:

INFORMACION DE ASEGURANZA SECUNDARIA

NOMBRE DE ASEGURANZA:	NOMBRE O NÚMERO DE GRUPO:	NÚMERO DE LA IDENTIFICACION DEL ASEGURADO:
RELACION CON EL ASEGURADO:	APELLIDO DEL ASEGURADO:	PRIMER NOMBRE: INICIAL:
EL MISMO PACIENTE ____ CONYUGE ____ HIJO O HIJA ____ OTRO ____	SEXO: FECHA DE NACIMIENTO:	TELÉFONO:
DIRECCION:	CIUDAD: ESTADO:	CODIGO POSTAL:

COMO ESCUCHO ACERCA DE NOSOTROS? _____

NECESITAMOS CONTAR CON SU FIRMA PARA PODER TRAMITAR CUALQUIER RECLAMACION DE SEGURO PARA ASEGURAR EL PAGO DE LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS

El paciente que no recibe beneficios de Medicare

Autorizo la divulgacion de toda la informacion medica necesaria para tramitar esta reclamacion y la que sea pertinente para mi atencion medica. Asigno todos los beneficios medicos y/o quirurgicos, incluidos los beneficios mayores medicos a los que tengo derecho Pioneer Medical Group. Esta asignacion permanecera en vigor hasta que yo mismo lo revoque por escrito. Las fotocopias de esta asignacion se consideraran tan validas como el original.

Solicito que esta autorizacion tambien se aplique a todos los demas seguros.

ME OBLIGO A HACERME CARGO ECONOMICAMENTE DE TODOS LOS CARGOS. HE LEIDO ESTA INFORMACION Y LA ENTIENDO.

Paciente / Parte Responsable _____ Fecha _____

Testigo _____

El paciente que recibe beneficios de Medicare (Autorizacion de por vida)

Certifico que la informacion que he propocionado para solicitar el pago bajo el Titulo XVII de la Ley Del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquiera que tenga informacion medica, o de otro tipo que sea pertinente, sobre mi, a que de a conocer a la Administracion del Seguro Social o a sus intermediarias o compañías aseguradoras cualquier informacion o documentacion necesaria para esta reclamacion o para una relacionada con Medicare. Autorizo a la organizacion medica a que presente una reclamacion a Medicare en mi representacion. Solicito que el pago de los servicios proporcionados se haga directamente a la organizacion medica.

Solicito que esta autorizacion tambien se aplique a todos los demas seguros.

ME OBLIGO A HACERME CARGO ECONOMICAMENTE DE TODOS LOS CARGOS. HE LEIDO ESTA INFORMACION Y LA ENTIENDO.

Paciente / Parte Responsable _____ Fecha _____

Testigo _____

**ACUERDO Y NOTIFICACION DE DIVULGACION CONFORME A LA HIPAA
(Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros mēdicos)**

Pioneer Medical Group podrá utilizar y divulgar información sobre atención médica referente a usted, sin su autorización, con el propósito de coordinar un plan de tratamiento, el pago de servicios y con el fin de evaluar la calidad de la atención recibida.

Pioneer Medical Group podrá divulgar asimismo información sobre atención médica referente a usted con el propósito de investigación científica, salud pública, auditorías, asuntos de orden público y emergencias. La ley nos obliga a proporcionar información médica por mandato judicial y/o solicitada por entidades encargadas del orden público.

Podremos comunicarnos con usted para proporcionarle recordatorios de citas médicas, información sobre tratamientos alternativos y/u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que sean pertinentes a su atención médica.

Los demás usos y/o divulgaciones no indicados anteriormente requerirán su autorización por escrito antes de poder divulgar información protegida sobre atención médica.

Usted tiene el derecho de revocar tal petición por escrito y nosotros aceptaremos su petición, salvo en circunstancias incontrolables en las que actuemos basándonos en su autorización inicial.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras normas en cualquier momento. Se colocarán de inmediato avisos informativos en las áreas de espera de los pacientes y en las salas de examen médico de todos aquellos cambios significativos realizados en nuestras normas. Usted también podrá solicitar en cualquier momento una copia de nuestras normas actuales sobre privacidad.

He leído y entendido las siguientes condiciones y autorizo a Pioneer Medical Group a divulgar mi Información Protegida sobre Atención Médica, tal como se indica en el presente acuerdo.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del tutor legal: _____ Fecha: _____