

# Pinnacle Medical Group Formulario de Registro del Paciente

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(Letra de imprenta)

Dr.  Señorita  Sr.  Sra.  Señore

Nombre del Paciente (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (MI) \_\_\_\_\_

Nombre Anterior (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Extensión \_\_\_\_\_

Proveedor de Cuidado Primario (PCP) \_\_\_\_\_ Refiriéndose Proveedor \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Femenino  Masculino  Transgénero

Raza  Indian Americano or Nativo Alaska  Asiático  Nativo de Hawai o de Otra Isla del Pacífico  Negro o Afroamericano  Blanco  Disminución

Raza  Hispano o Latino  No Hispano o Latino  Disminución

Lenguaje  Inglés  Español  Japonés  Chino  Francés  Alemán  Ruso  Otro \_\_\_\_\_

Estado Civil  Casado  Solo  Divorciado  Viudo  Ilegalmente Separado  Pareja

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Situación Laboral  1 - Tiempo Completo  2 - Tiempo Parcial  3 - Sin Empleo  4 - Trabajadores por Cuenta Propia  
 5 - Jubilado  6 - Militar Activo

Situación del Estudiante  F - Estudiante de tiempo completo  P - Medio Tiempo Estudiante  N - No es un estudiante

¿Tiene usted un testamento en vida?  Si  No

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Número de Teléfono Emergencia \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia Relación con el Paciente \_\_\_\_\_  Custodio

Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Extensión \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE

(La información utilizada para las declaraciones de situación del paciente)

Responsable  Garante  Yo

Responsable Nombre Party (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (MI) \_\_\_\_\_

También Conocido Como (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Femenino  Masculino Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Extensión \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Posta \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono Empleador \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO

(Proporcione su tarjeta de seguro a la recepción en el check-in)

Seguro Empresa \_\_\_\_\_ Teléfono Seguro Empresa \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Relación del Paciente al Asegurado \_\_\_\_\_

De Identificación del Suscriptor (número de póliza) \_\_\_\_\_ Grupo de Id \_\_\_\_\_ Copago Monto \_\_\_\_\_

Fecha de Vigencia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Fin \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

(Proporcione su tarjeta de seguro a la recepción en el check-in)

Seguro Empresa \_\_\_\_\_ Teléfono Seguro Empresa \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Relación del Paciente al Asegurado \_\_\_\_\_

De Identificación del Suscriptor (número de póliza) \_\_\_\_\_ Grupo de Id \_\_\_\_\_ Copago Monto \_\_\_\_\_

Fecha de Vigencia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Fin \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Estoy de acuerdo en que la información proporcionada en este formulario es correcta y está actualizada con lo mejor de mi conocimiento.*

Paciente (o Persona Responsable) Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# West Florida Physician Network, LLC, dba Pinnacle Medical Group

## Consentimiento Para Tratamiento Acuerdo y Pago

Por la presente autorizo West Florida Red Médico, LLC para utilizar y / o divulgar mi información de salud que me identifica específicamente o que quepa prever razonablemente que solía identificar a llevar a cabo las operaciones de mi tratamiento, pago y atención médica.

El tratamiento incluye pero no se limita a: la gestión y ejecución de todos los tratamientos, la administración de cualquier necesidad anestésicos, el uso de la medicación prescrita, la realización de procedimientos tales que se juzgue necesario o conveniente en el tratamiento de este paciente, como los procedimientos de diagnóstico, la toma y utilización de las culturas y de otras pruebas de laboratorio médicamente aceptados, los cuales en el juicio del médico tratante o sus designados asignadas puede ser considerado médicamente necesario o aconsejable.

El pago incluye pero no se limita a: la autorización de pago directamente al oeste de la Florida de la red del médico, LLC del beneficio de otro modo pagadero a mí. Por la presente reconozco la liberación de mis registros médicos a las aseguradoras de terceros o personas autorizadas a quien divulgación sea necesaria para establecer o cobrar una tarifa por los servicios prestados, como los servicios de facturación y cobranza, los pagadores de seguros, compañías de seguros de accidentes de auto, o para el trabajo relacionado lesión a mi empleador o la persona entienda que soy financieramente responsable de los gastos que no están cubiertos. Reconozco que los registros del paciente pueden ser almacenados electrónicamente y puestos a disposición a través de redes informáticas.

Operaciones de atención médica incluyen pero no se limitan a: la liberación de mi información médica a cualquiera de mis médicos y sus oficinas o compañías de seguros que participan en mi cuidado o tratamiento y la calidad de dicha atención.

Entiendo que esto se da antes de cualquier diagnóstico o tratamiento específico y que estos servicios son voluntarios y que tengo el derecho de rechazar estos servicios. Comprendo que este consentimiento continúe aún después de que un diagnóstico específico se ha hecho y el tratamiento recomendado. Este consentimiento permanecerá en pleno vigor a menos que sea revocada por escrito y no afectará a ninguna de las acciones que fueron tomadas antes de recibir mi revocación. Una fotocopia de esta autorización será considerada tan válida como el original.

Paciente y / o garante es responsable de los gastos incurridos. Es una cortesía para nuestra oficina a presentar con su seguro; Sin embargo, usted es responsable de su copago o porcentaje y que el seguro no se hace responsable de el día de su visita. Es del paciente responsabilidad de obtener cualquier forma de referencia necesarios de su médico de atención primaria cuando se requiera. Si la referencia no se obtiene antes de la visita, el paciente es responsable por el pago total en la fecha de servicio. Si no somos capaces de obtener el pago en un plazo razonable de tiempo desde que el paciente / garante Colocaremos su cuenta con una agencia de cobros que le dejará responsable de los cargos adicionales incurridos.

**He leído y comprender plenamente la política de pago anterior. Estoy de acuerdo en remitir a West Florida Red Médico, LLC todos los pagos de seguros o de terceros que recibo por servicios prestados a mí inmediatamente después de recibirlo.**

**Inicial del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Cedo los beneficios pagaderos por sus servicios a West Florida Red Médico, LLC. Inicial del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Servicios de Radiología: Reconozco debería requerir los servicios de radio-gráfica que recibirá dos cargos separados, uno de Pinnacle Medical Group y el otro de un grupo médico no Pinnacle y el otro de un médico fuera de Pinnacle Medical Group leer el examen. Inicial del Paciente:** \_\_\_\_\_

### MEDICARE POR VIDA AUTORIZACIÓN

Certifico que la información que me ha dado en la solicitud de pago bajo el Título XVII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí para liberar a la Administración del Seguro Social de sus intermediarios o portadores cualquier información necesaria para tal o una reclamación de Medicare relacionadas. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se abonarán en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios al médico u organización suministrando los servicios o autorizo dicho médico u organización que presente un reclamo de pago a Medicare.

**Cedo los beneficios pagaderos por sus servicios a West Florida Red Médico, LLC. Inicial del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Solicito esta autorización también se aplican a todos los demás seguros. Inicial del Paciente:** \_\_\_\_\_

---

**Certifico que he leído y entendido las declaraciones anteriores y consentimiento total y voluntario a sus contenidos.**

**Firma del Paciente** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Paciente Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_