HCM | MEDICAL GROUP

Información del paciente

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Número de Seguro Social	Estado civil ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo

Teléfono de casa	Teléfono celular	Dirección de correo electrónico

Dirección física	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente de la anterior)	Ciudad	Estado	Código postal

Raza (seleccione):
□ Blanco □ Indio Americano o Nativo de Alaska □ Asiático □ Hispano □ Negro o Afroamericano □ Hawaiano Nativo o Isleño del Pacífico □ Otro □ Rechaza

Etnia (seleccione una): ☐ Hispano o Latino ☐ No hispano o Latino ☐ Rechaza	Idioma preferido (seleccione uno): □ Inglés □ Español □ Otro:_____

Médico de atención primaria	Número de teléfono	Número de fax
Médico que lo derivó	Número de teléfono	Número de fax
Farmacia preferida	Número de teléfono	Número de fax

Parte responsable/Garante

☐ Mismo que el paciente

Si el paciente es un menor (menor de 18 años), el padre/tutor legal que acompaña al paciente será listado como la parte responsable/garante.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Relación con el paciente

Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Número de teléfono	Dirección de correo electrónico

Dirección (si es diferente de la dirección del paciente)	Ciudad	Estado	Código postal

Contacto de emergencia

Si el paciente es menor de edad (menor de 18 años), esta sección puede ser utilizada por otro padre/tutor legal.

Apellido	Nombre	Número de teléfono	Relación con el paciente

Información sobre el seguro

Presente las tarjetas de seguro en el momento de registrarse – si no tiene sus tarjetas de seguro en el momento de su cita, complete lo siguiente:

Nombre del seguro primario:	Nombre del seguro secundario:
Dirección postal para reclamos:	Dirección postal para reclamos:
Número de teléfono:	Número de teléfono:
Nombre del titular de la póliza:	Nombre del titular de la póliza:
Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento del titular de la póliza:
Número de Seguro Social del titular de la póliza:	Número de Seguro Social del titular de la póliza:
Número de identificación:	Número de identificación:
Número de grupo:	Número de grupo

Directivas anticipadas

☐ Ninguna ☐ No resucitar ☐ Poder notarial duradero ☐ Testamento en vida ☐ Apoderado para atención médica

Por la presente autorizo a los empleados y agentes de HCM Medical Group (HCMMG) (incluyendo médicos, asistentes médicos, enfermeras practicantes y otros empleados) a realizar evaluaciones médicas y atención al paciente indicado. Entiendo que al no firmar este consentimiento, el paciente no recibirá atención médica excepto en caso de emergencia. Por la presente autorizo el pago directo a HCMMG por cualquier beneficio quirúrgico y/o médico, si lo hubiera, que de otra manera se me pagaría a mí. Autorizo a HCMMG a divulgar información médica a mi compañía de seguros o a un tercero pagador para facilitar el procesamiento de mis reclamos de seguro. Entiendo que dichos registros pueden incluir información sobre pruebas de VIH/SIDA, abuso de sustancias y/o problemas de salud mental. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos por servicios médicos que pueden incluir servicios no cubiertos por las compañías de seguros del paciente. Estoy de acuerdo que todas las cantidades se deben pagar a petición y son pagaderas a Hill Country Memorial Medical Group. Entiendo que esta autorización será efectiva por un año a partir de la firma.

Firma	Fecha	Relación con el paciente

HCM | MEDICAL GROUP

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento

Consentimiento para el tratamiento/ Responsabilidad financiera/Reconocimiento de la práctica de privacidad/Portal del paciente

Por la presente autorizo a los empleados y agentes de HCM Medical Group (HCMMG) (incluyendo médicos, asistentes médicos, enfermeras practicantes y otros empleados) a realizar evaluaciones médicas y atención al paciente indicado. Entiendo que al no firmar este consentimiento, el paciente no recibirá atención médica excepto en caso de emergencia. Entiendo que esta autorización será efectiva hasta que yo la revoque.

Inicial_____ Fecha _ _____

Por la presente asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos a los cuales tengo derecho, incluyendo Medicare, seguro privado y otros planes a HCMMG por los servicios médicos prestados. Por la presente se autoriza la divulgación de la información contenida en el registro médico del paciente a la compañía de seguros médicos del paciente (o a sus empleados o agentes) según sea necesario para procesar y completar la reclamación del seguro médico del paciente. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos por servicios médicos que pueden incluir servicios no cubiertos por las compañías de seguros del paciente. Estoy de acuerdo que todas las cantidades se deben pagar a petición y son pagaderas a HCMMG. Entiendo que esta autorización será efectiva hasta que yo la revoque.

Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de HCMMG, el cual describe las maneras en que la práctica puede usar y revelar 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. En la medida en que lo permita la ley, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de Prácticas de Privacidad de la práctica. Entiendo que esta autorización será efectiva hasta que yo la revoque.

Inicial_____ Fecha _ _____

Entiendo que HCMMG me registrará automáticamente para una cuenta segura en el portal del paciente usando la dirección de correo electrónico proporcionada. Entiendo que esta autorización será efectiva hasta que yo la revoque.

Inicial_____ Fecha _ _____

Política de ausencias

Las "ausencias" tienen un impacto negativo significativo en nuestra práctica y en el cuidado de la salud que proporcionamos a nuestros pacientes. Cuando un paciente "no se presenta" a una cita programada, potencialmente pone en peligro la salud del paciente que "no se presenta", es injusto (y frustrante) para los otros pacientes que habrían tomado el lugar de la cita, e irrespeta no solo el tiempo del proveedor, sino también el tiempo de todo el personal de la clínica.

Para evitar tener una "ausencia"

- Confirme su cita – HCM Medical Group intentará comunicarse con usted tres días hábiles antes de su cita para confirmar, cancelar o reprogramar su cita.
- Llegue 5-10 minutos antes – Llegue 5-10 minutos antes de su cita para dar tiempo a completar su registro.
- Dé aviso con 24 horas de anticipación para cancelar o reprogramar su cita – Comuníquese con nuestra oficina no más tarde de 24 horas antes de la visita programada.

Después de tres o más "ausencias" dentro de un período de un año, usted puede ser despedido de la atención de su proveedor médico.

- Si usted es despedido de la atención de su proveedor médico, sus citas programadas restantes serán canceladas.
- Solo se ofrecerá tratamiento médico de emergencia dentro de los primeros 30 días después del despido.

Certifico que he leído la política de "ausencias" de HCM Medical Group, entiendo su contenido y estoy de acuerdo con los términos descritos anteriormente. Entiendo que esta autorización será efectiva hasta que yo la revoque.

Historial de recetas

Autorizo voluntariamente a HCM Medical Group a proporcionar acceso y uso de mi historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica o de terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento. Entiendo que mi historial de recetas (que incluye, pero no se limita a, recetas, laboratorios y otra información histórica de medicamentos para el cuidado de la salud) de proveedores médicos no afiliados, compañías de seguros y administradores de beneficios de farmacia puede ser visto por mi proveedor médico. Reconozco que HCM Medical Group puede utilizar sistemas de intercambio de información de salud para transmitir, recibir y/o acceder electrónicamente a mi historial de recetas. Entiendo que esta autorización será efectiva hasta que yo la revoque.

HCM | MEDICAL GROUP

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento

Solicitud de comunicación confidencial

Autorizo a HCM Medical Group (HCMMG), y a sus asignados, incluyendo y sin limitarse a sus agentes autorizados, afiliados y contratistas, a utilizar toda la información de contacto que he proporcionado para comunicarse conmigo. Por la presente otorgo permiso y consentimiento a HCMMG, y a sus asignados, incluyendo y no limitado a sus agentes autorizados, afiliados, y contratistas para comunicarse conmigo a través de llamadas telefónicas o mensajes de texto. Entiendo que esta autorización será efectiva hasta que yo la revoque.

Inicial_____ Fecha _____

Deseo que las siguientes personas puedan acceder a mi información verbalmente:

Nombre: _____Número de teléfono: _____Relación con el paciente _____
Autorizado para acceder a: □ Información de facturación □ Información de condición médica

Nombre: _____Número de teléfono: _____Relación con el paciente _____
Autorizado para acceder a: □ Información de facturación □ Información de condición médica

Nombre: _____Número de teléfono: _____Relación con el paciente _____
Autorizado para acceder a: □ Información de facturación □ Información de condición médica

Designación de un adulto autorizado para consentir el tratamiento médico de pacientes menores de edad

Por la presente declaro y declaro que tengo la custodia legal del paciente menor de edad que se enumera a continuación y que tengo la autoridad para dar mi consentimiento a cualquier y todo el cuidado médico/quirúrgico de dicho menor. Al firmar a continuación, otorgo mi autorización y consentimiento para que el (los) Adulto(s) Designado(s) que aparece(n) a continuación acompañe(n) al menor a los centros de HCM Medical Group (HCMMG) para recibir atención médica y tratamiento. Declaro que el (los) Adulto(s) Designado(s) que aparece(n) a continuación tiene(n) por lo menos 18 años de edad y es (son) competente(s) para tomar decisiones en mi nombre. Autorizo al (a los) Adulto(s) Designado(s) a consentir cualquier tratamiento para el menor que esté cubierto bajo el consentimiento de HCMMG para el tratamiento que he firmado previamente, incluyendo, pero no limitado a, examen y tratamiento médico de rutina, inmunizaciones y consejería. Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad financiera de todos los gastos de la atención médica del menor autorizada por el (los) Adulto(s) Designado(s). Entiendo que el proveedor de atención médica, a su discreción, puede requerir que un padre o tutor legal esté presente para ciertos tratamientos médicos que no sean de emergencia, y en tales casos, se me puede requerir que acompañe al menor. Además, entiendo que esta autorización no autoriza al (a los) Adulto(s) Designado(s) a dar consentimiento por escrito para el uso o divulgación de la información médica protegida del menor, ya que esos términos están definidos por la ley federal.

Entiendo que puedo cambiar o revocar esta autorización en cualquier momento notificando a HCMMG por escrito.

Nombre del paciente:_____Fecha de nacimiento del paciente:_____

Adulto(s) Autorizado(s) Designado(s):

Nombre: _____Número de teléfono:_____Relación con el paciente: _____

Nombre: _____Número de teléfono:_____Relación con el paciente: _____

Nombre: _____Número de teléfono:_____Relación con el paciente: _____

Firma del padre, de la madre o del tutor legal	Nombre en letra de imprenta	Fecha