

Formulario de Registro de Pacientes



Información del paciente

Nombre legal (nombre, Apellido , Nombre de pila):

Nombre anterior:

Nombre Preferido:

Dirección Postal:

Ciudad/estado/código postal:

Teléfono de casa:

Teléfono celular:

Método preferido para recibir llamadas de cortesía y otras mensajes electrónicos: (circule uno): **Voz or Texto**

Facturación electrónica (circule uno): **Si or No**

Dirección de correo electrónico:

Fecha de nacimiento:

Sexo asignado al nacer:(circule uno): **Masculino Femenino**

Sexo listado con seguro: (circule uno): **Masculino Femenino**

Identidad de género (circule uno): Consulte el reverso de este formulario para obtener información.

Masculino Femenino Hombre transgénero (de mujer a hombre) Mujer transgénero (de hombre a mujer)
No binario, ni exclusivamente masculino ni femenino Elija no revelar Otro: _____

Orientación sexual: Le preguntamos sobre su orientación sexual para asegurarnos de brindarle una atención personalizada e inclusiva adaptada a sus necesidades. Esta información está protegida y nos ayuda a comprender y respaldar mejor su salud y bienestar. (circule uno):

Heterosexual Bisexual Lesbiana o homosexual No sabe / Desconocido Otro: _____ Elija no revelar

Nº de Seguro Social:

Médico familiar o pediatra:

Estado civil:

Idioma de preferencia:

Se necesita traductor: (circule uno): **Si No**

Ubicación y nombre de farmacia preferida:

Nombre del empleador:

Raza (circule uno): **Blanco Hispano Asiatico Amerindio o nativo de Alaska Negro o Afroamericano Nativo de Hawai o isleño del Pacífico Otro: _____ Rechazar**

Ethnicity (circule uno): **Hispano o Latino No Hispano o Latino Rechazar**

Nombre y relación del contacto de emergencia:

Teléfono del contacto de emergencia:

Persona responsable de la factura - si el paciente es menor de edad (menos de 18 años), el padre o guardián acompañamiento el paciente será considerado el garante.

Nombre legal (nombre, Apellido , Nombre de pila):

Fecha de nacimiento:

Nº de Seguro Social:

Teléfono:

Dirección de la persona responsable:

Ciudad/estado/código postal:

Relación con el paciente:

Seguro medico primario

Seguro medico secundario

Nombre comp. seg:

ID/# de suscriptor:

Grupo #:

Nombre del titular de la póliza:

Fecha de nacimiento del titular:

No de seguro social del titular:

Relación del paciente con el titular de la póliza:

Certifico que he leído y acepto la política de pagos de Primary Health Medical Group (PHMG). Cedo a PHMG todo el dinero y los beneficios a los que tengo derecho por los servicios prestados, sin exceder el saldo total de mi cuenta, incluso si no tengo seguro, si mi seguro está inactivo, no puede verificarse, está fuera de la red o no es aceptado. Se requiere un pago inicial, el cual se aplicará a mis cargos; soy responsable de cualquier saldo restante. Si más adelante proporciono un seguro válido, PHMG me asistirá en la presentación del reclamo, pero cualquier monto no cubierto seguirá siendo mi responsabilidad. Cualquier sobrepago será reembolsado una vez que se procesen los reclamos. Entiendo que tengo derecho a solicitar una Estimación de Buena Fe bajo la Ley de No Sorpresas (“No Surprises Act”). Para más información, visite www.cms.gov/nosurprises o primaryhealth.com/good-faith-estimate. Autorizo a PHMG a divulgar cualquier información médica a mi compañía de seguros o a cualquier pagador externo para el procesamiento de reclamos de seguros. Entiendo que si no pago los saldos dentro de los 90 días posteriores a la notificación, mi cuenta será enviada a una agencia de cobranza externa. Se aplicará una tarifa de \$30 por cheques devueltos por fondos insuficientes.

Consiento recibir llamadas y mensajes de texto de PHMG, sus afiliados, contratistas, agentes, sucesores, cesionarios y cualquier cobrador de deudas que actúe en su nombre, a cualquier número de teléfono que proporcione ahora o en el futuro (incluyendo líneas móviles, buscapersonas o líneas que generen cargos). Estas comunicaciones pueden incluir sistemas de marcación automática, voces pregrabadas o artificiales, o mensajes generados por inteligencia artificial, y pueden estar relacionadas con citas, tratamientos, comentarios o facturación. Entiendo que estos mensajes pueden no ser seguros y podrían ser accedidos por personas no autorizadas. Los comentarios enviados en encuestas pueden compartirse de forma anónima en el sitio web público de PHMG. Este consentimiento se aplica tanto a llamadas como a mensajes de texto, independientemente de si estoy inscrito en un registro de “No llamar”, y renuncio a cualquier reclamo bajo la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (47 U.S.C. § 227) o leyes similares.

Según lo exige la Ley del Paciente de Idaho, reconozco que recibiré una factura de: Primary Health Medical Group, 10482 W. Carlton Bay Dr., Garden City, ID 83714 | Teléfono: 208-955-6470. Si corresponde, también puedo recibir una factura de: Interpath Laboratory, P.O. Box 1208, Pendleton, OR 97801 | Teléfono: 866-289-4093 (Esto incluye a pacientes con Medicare, Medicare Advantage, Medicaid, Aetna, Regence, UMR, PEHP, MS Administrative Services o UnitedHealthcare).

Beneficiarios de Medicare: Solicito que los pagos autorizados por Medicare se realicen a PHMG y autorizo la divulgación de información médica a CMS y sus agentes, según sea necesario para procesar estos beneficios.

¿Por qué me preguntan sobre mi orientación sexual e identidad de género?

Cada paciente tiene necesidades de salud únicas. Las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero suelen tener diferentes necesidades de salud. Comprender la orientación sexual y la identidad de género nos ayuda a brindar servicios de atención médica adecuados y atención culturalmente sensible a todos nuestros pacientes.

¿Qué es la identidad de género?

La identidad de género es el sentido interno que una persona tiene de su género. Por ejemplo, una persona puede considerarse masculina, femenina, una combinación de hombre y mujer o de otro género.

¿Qué significa transgénero?

Las personas transgénero tienen una identidad de género que no es la misma que su sexo al nacer.

- Hombre transgénero describe a alguien asignado como mujer al nacer y que tiene una identidad de género masculina.
- Mujer transgénero describe a alguien asignado como hombre al nacer y que tiene una identidad de género femenina.
- No binario describen a alguien que tiene una identidad de género que no es ni masculina ni femenina o es una combinación de hombre y mujer.

¿Cómo elijo la información correcta?

No hay respuestas correctas o incorrectas. Si no encuentra una respuesta que se ajuste, puede elegir “Otro” o “No sé/Desconocido” o puede hablar con su proveedor.

¿Quién verá esta información?

Su proveedor y otro personal asociado con su atención verán esta información y pasará a formar parte de su registro médico. Su información es confidencial y está protegida por la ley, al igual que toda su otra información de salud.

¿Qué pasa si no quiero compartir esta información?

Tiene la opción de marcar la casilla “Elegir no revelar”. Más adelante, su proveedor podrá hacerle estas preguntas en privado durante su visita. Puede elegir si desea compartir esta información en ese momento y/o puede hacerle más preguntas a su proveedor.

¿Cómo se utilizará esta información?

Su proveedor utilizará esta información para ayudar a satisfacer sus necesidades de atención médica. Además, recopilar esta información de todos los pacientes permite al centro de salud ver si existen brechas en la atención o los servicios entre diferentes poblaciones. Esto nos ayuda a mejorar la atención que brindamos a nuestros pacientes.

He revisado una copia del Aviso de Confidencialidad de Primary Health Medical Group (Iniciales):

Fecha:

Firma de la parte responsable:

Nombre en letras de imprenta de la parte responsable: