

Pecos Valley Physican Group Nueva Informacion de paciente

Nombre de paciente (legal): _____ Teléfono: _____
Dirección : _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número de Seguridad Social : _____ Fecha de nacimiento : _____
Genero: _____ Estado civil: _____ Raza : _____ Farmacia: _____
Primario/refiriendo a doctor: _____ Teléfono celular: _____

Contacto de la emergencia

Nombre del contacto de emergencia: _____ Teléfono : _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Información del garante

Nombre del garante: _____ Teléfono : _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Relación al paciente: _____

Seguro primario

Nombre del seguro: _____ Nombre del seguro: _____
Sostenedor de política: _____ Sostenedor de política: _____
Número de identificación: _____ Número de identificación: _____
Número de grupo: _____ Número de grupo : _____
Fecha de nacimiento de: _____ Fecha de nacimiento de: _____
Sostenedor de política: _____ Sostenedor de política: _____
Número de Seguridad Social del suscriptor: _____ Número de Seguridad Social del suscriptor: _____

Seguro secundario

Empleo
Nombre del patrón: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ Teléfono adicional: _____

Autorización para el tratamiento - Padre/Guarda

Yo doy por este medio el permiso a Pecos Valley of New México de proporcionar asistencia médica y el tratamiento para mi o el niño. En caso que mi esposo o yo sea inasequible, doy el permiso a Pecos Valley of New México de proporcionar asistencia médica mientras que él juzga necesario mientras que mi niño está bajo supervisión de: _____

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Firma _____ Fecha _____

Firma _____ Fecha _____

Asignación de ventajas y lanzamiento de la información:

Autorizo por este medio la ventaja del pago directamente a Pecos Valley of New México. También autorizo el lanzamiento de cualquier información de registro médica para los propósitos del seguro.

Firma _____ Fecha _____

Recibo de aviso de práctica de privacidad

He recibido el aviso de privacidad practica anuncios. Su firma indica que usted entiende y ha recibido una copia de nuestro aviso. El aviso es para mantener. Si usted tiene pregunta con respecto a esta información por favor ponerse en contacto con Martina Smith-Hill, oficial de privacidad al numero (575) 492-5094

Firma _____ Fecha _____

Política Financiera

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros. Es su responsabilidad saber qué tipo de cobertura usted tiene. Mandaremos la cuenta a su portador de seguro, pero no podemos garantizar las ventajas o las cantidades cubiertas. **USTED ES RESPONSABLE POR EL RESTO DE LA CUENTA**, que es debido que vence dentro de 30 días o por arreglos con nuestro departamento de facturación.

Los deducibles y los co-pagos del seguro son debidos a la hora de servicio. Los adultos que acompañan a un menor de edad son responsables del pago del servicio.

Las preguntas con respecto a este método de la declaración o del pago de política se pueden dirigir a nuestro director de oficina.

Firma _____ Fecha _____

Pecos Valley Physician Group

Consentimiento para el acceso especial de la información protegida de la salud y de la notificación directa anticipada.

Tengo un directriz anticipada (testamento vital) en lugar.

_____ sí _____ no

Pues que no tengo una directriz anticipada en lugar, me gustaría información.

_____ sí _____ no

¿Desea recibir llamadas automatizadas para recordarles sobre las citas en el futuro?

_____ sí _____ no

¿Desea participar en llamadas de encuesta de satisfacción del paciente ?

_____ sí _____ no

Doy mi consentimiento a los empleados de Pecos Valley que se identifican y que dejan mensajes en mi contestador automático o con otros individuos que contesten a mi teléfono, para los propósitos de la confirmación de la cita, carta recordativa después de un procedimiento, o informarme que necesito llamar.

_____ sí _____ no

Doy mi consentimiento a los empleados de Pecos Valley ponerse en contacto conmigo en el trabajo, si fuera aplicable, para los propósitos de la confirmación de la cita, carta recordativa después de un procedimiento, o informarme que necesito llamar.

_____ sí _____ no

Doy mi consentimiento a los empleados de Pecos Valley que divulgan mi información privada de la salud designado tales como resultados de la pruebas y que mandan la cuenta y la información con un miembro designado de la familia o representante personal.

_____ sí _____ no

*Si, señala si, por favor designa a cual persona(s) a quienes tal información puede ser divulgada:

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono: _____

(Si más de una persona, enumera por favor nombres adicionales encendido detrás)

Firma paciente: _____ Fecha del _____

Firma del testigo: _____ Fecha del: _____

Firma del padre (si el paciente es un menor de edad) _____

Patient Consent for E-Prescribing (Electronic Prescribing)

I have been made aware and understand that the medical practices and offices may use an electronic prescription system which allows prescriptions and related information to be electronically sent between my providers and my pharmacy. I have been informed and understand that my providers using the electronic prescribing system will be able to see information about medications I am already taking, including those prescribed by other providers. I give my consent to my providers to see this protected health information.

| Parent, Patient's Signature or Authorized Representative | Date | Time |
|--|--------------------------|------|
| Relationship to Patient | Interpreter, if utilized | |
| Witness' Signature | | |