

# INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PARA PODER OFRECERLE CON EL MEJOR SERVICIO Y CUIDADO A SU SALUD, POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACION.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		
	DIRECCIÓN Y DIRECCIÓN DE CORREO					CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	SEXO <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V	FECHA DE NACIMIENTO / /	Consentimiento a Texto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Preferido #: ( )			
	TELÉFONO DE CASA ( )		TELÉFONO DEL TRABAJO ( )		TELÉFONO CELULAR ( )		Prefiero que TPMG me deje un mensaje en mi: <input type="checkbox"/> Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Teléfono del Trabajo <input type="checkbox"/> Teléfono Celular		
	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA			OCUPACIÓN	
	EMPLEADOR		DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR			CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	RAZA <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Indoamericano o Nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano		<input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> Otra raza		ETNICIDAD <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino		IDIOMA PREFERIDO
RESPONSABLE SALTARSI MISMO QUE EL ANTERIOR	APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO / /		
	DIRECCIÓN Y DIRECCIÓN DE CORREO					CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	TELÉFONO DE CASA ( )		TELÉFONO DEL TRABAJO ( )			TELÉFONO CELULAR ( )			
	RELACIÓN CON EL PACIENTE			OCUPACIÓN			EMPLEADOR		
EMERGENCIA CONJUGE	APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO / /		
	CONTACTO DE EMERGENCIA EN UNA DIRECCIÓN DIFERENTE					RELACIÓN		TELÉFONO ( )	
	DIRECCIÓN				CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
FARMACIA	<b>TPMG utiliza el Programa de Vigilancia de Medicamentos con Receta de Virginia para reducir el riesgo de uso indebido de medicamentos recetados.</b>								
	NOMBRE DE LA FARMACIA					TELÉFONO ( )		FAX ( )	
	DIRECCIÓN				CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
PLAN DE SEGURO	<b>Para su comodidad, vamos a ayudarlo o proporcionarle la información necesaria para presentar su seguro médico. Si no nos permiten copiar sus tarjetas de seguro.</b>								
	<input type="checkbox"/> SEGURO PRIMARIA			<input type="checkbox"/> SEGURO SECUNDARIO			PAGA UNO MISMO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Sírvanse proporcionar a nuestra oficina con antelación si necesita cancelar su cita. Si no se muestran para su cita puede resultar en un cargo de la parte responsable que no está cubierto por su plan de seguro.</b>									
<b>ME REFERIRÉ A ESTA OFICINA A TRAVÉS DE:</b>									
<b>CONSENTIMIENTO</b>									
La ley del estado de Virginia nos prepara en caso de un empleado o cualquier agente de TPMG que es expuesto a la sangre de un paciente o cualquier otro fluidos corporales de una manera que se pueda transmitir el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) o el virus de hepatitis B o C, en este caso se considerará que ha dado su consentimiento para la publicación de sus resultados a la persona que ha sido expuesta.									
<b>Todos los pacientes deben poner sus iniciales por lo menos en una de las dos opciones :</b>									
<input type="checkbox"/> <b>Por la presente reconozco que he sido dotado de una copia de la Notificación TPMG de Políticas de Privacidad.</b>									
<input type="checkbox"/> <b>Por la presente reconozco que he sido dotado de una copia de la Notificación TPMG de Políticas de Privacidad, pero negarse a aceptar que en este momento.</b>									
FIRMA DEL PACIENTE / PERSONA RESPONSABLE					RELACIÓN DEL PACIENTE			FECHA	
<b>ACUERDO FINANCIERO Y ASIGNACIÓN DE SEGUROS</b>									
Autorizo tratamiento para el paciente de cualquier médico de TPMG y sus empleados de clínicas afiliadas. Además autorizo la entrega de toda mi información médica y los datos de facturación que sean necesarios para el reembolso de tercera parte de mi compañía de seguros, Tricare o Medicare. Yo autorizo el pago directo de dicho seguro (s) a esta práctica. Acepto la responsabilidad por el pago de todos los tratamientos que el pagador determina no constituya servicios cubiertos, así como los honorarios del abogado de 33 1/3% y otros costes asociados a la recolección fuera necesario tal acción.									
FIRMA DEL PACIENTE / PERSONA RESPONSABLE					RELACIÓN DEL PACIENTE			FECHA	
SOLO PARA PACIENTES DE MEDICARE	NOMBRE DEL BENEFICIARIO		Solicito que el pago de los beneficios autorizados por Medicare están hechos a mí o en mi nombre a TPMG por los servicios prestados a mí por su médico / proveedor. Autorizo a cualquier poseedor de mi información médica a liberar a los centros de servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos para servicios relacionados.						
	NÚMERO DE HCN								
	<b>SI USTED ES UN PACIENTE QUE TIENE SEGURO DE MEDICARE, POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCION PARA ASEGURAR QUE EL PROCEDIMIENTO DE SU CUENTA Y SEGURO CON NUESTRA OFICINA ES CORRECTA.</b>			Entiendo que mi firma solicita que se realicen los pagos y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. En los casos asignados de Medicare, el médico o el proveedor se compromete a aceptar la determinación de la carga del portador de Medicare como la carga completa, y el paciente es responsable sólo por el deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos. El coseguro y el deducible se basan en la determinación de la carga del portador de Medicare.					
					FIRMA DEL BENEFICIARIO			FECHA	