

Wellstar Medical Group

Formulario de Registro del Paciente

1. Información del Paciente (Por favor completar todos los espacios)

Apellido del Paciente		Primer Nombre			Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo del Paciente <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Seguro Social			
Teléfono de Casa		Teléfono del Trabajo		Teléfono Celular		Dirección de Correo Electrónico		
<input type="checkbox"/> marque la casilla si es principal		<input type="checkbox"/> marque la casilla si es principal		<input type="checkbox"/> marque la casilla si es principal				
Necesita Intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Idioma Principal	Estado Marital	Lenguaje Escrito	Etnicidad Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Raza	Religión	
Activar MyChart <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre del Empleador			Situación Laboral <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Deshabilitado <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Estudiante			
Dirección del Empleador		Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono del Empleador			
Apellido del Contacto de Emergencia		Primer Nombre						
Relación con el Paciente		Guardian Legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Impedimento Auditivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Impedimento Visual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> marque si es principal	Teléfono M Trabajo <input type="checkbox"/> marque si es principal	Teléfono Celular <input type="checkbox"/> marque si es principal	
Doctor Primario (o de Cabecera)								

2. Responsable/ Fiador

(Marque si es usted mismo y pase a la siguiente sección)

Apellido del Fiador		Primer Nombre		Dirección del Fiador		Ciudad	Estado	Código Postal
Relación del Fiador con el Paciente		Sexo del Fiador <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Seguro Social		Fecha de Nacimiento del Fiador		Número de Teléfono del Fiador	
Empleador del Fiador			Situación Laboral <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Deshabilitado <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Estudiante				Teléfono del Empleador	

3. Titular de la Póliza de Seguro Médico

(Marque si es usted mismo y pase a la siguiente sección)

Compañía de Seguros Principal		Apellido del Titular de la Póliza		Nombre del Titular de la Póliza		
Relación con el Paciente	No. de Identificación del Suscriptor	Número de Grupo		Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	
Compañía de Seguros Secundaria		Apellido del Titular de la Póliza		Nombre del Titular de la Póliza		
Relación con el Paciente	No. de Identificación del Suscriptor	Número de Grupo		Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	

Formulario de Registro del Paciente (p. 2)

Asignación de Beneficios / Consentimiento para el Tratamiento

Por la presente asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos a los que tengo derecho, incluyendo todos los planes de seguro médico del gobierno y privados a esta oficina. Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que yo la revoque por escrito. Entiendo que soy responsable por todos los cargos no pagados por el seguro. Autorizo Wellstar Medical Group para liberar toda la información necesaria para asegurar el pago. Doy mi consentimiento voluntario para ser tratado en esta oficina y autorizo los tratamientos, exámenes, medicamentos, anestesia, cirugía, procedimientos operatorios y de diagnóstico (incluidos, pero no limitados el uso del laboratorio y estudios radiográficos) según lo ordenado por los médicos tratantes. Doy mi consentimiento voluntario para la toma de imágenes fotográficas únicamente para propósitos de tratamiento (progresión de cuidado de las heridas, documentación de las erupciones, etc.) según lo ordenado por los médicos tratantes.

Consentimiento de Contacto

Al proporcionar un número de teléfono, yo expresamente consiento y autorizo a Wellstar Health System, a cualquier proveedor médico o clínico, así como cualquiera de sus entidades relacionadas, agentes o contratistas, incluidos pero no limitados a los programadores, comercializadores, anunciantes, cobradores de deudas, y otro personal contratado (denominados colectivamente en este documento como "Proveedor") a ponerse en contacto conmigo a través del uso de cualquier equipo de marcación (incluyendo un marcador, sistema automático de llamadas telefónicas, y/o el sistema de reconocimiento de voz interactiva) y/o voz artificial o pregrabada o mensaje. Estoy de acuerdo expresamente en que este tipo de llamadas automatizadas se pueden hacer a cualquier número de teléfono (incluyendo números asignados a cualquier servicio celular u otro por el cual se me pudiera cobrar por la llamada) utilizados por o asociados a mí y obtenidos a través de cualquier fuente, incluido pero no limitado a cualquier número que estoy proporcionando el día de hoy, he proporcionado anteriormente, o pueda proporcionar en el futuro en relación con los productos y servicios médicos y/o mi cuenta. Al proporcionar este consentimiento expreso, específicamente mi renuncia a cualquier reclamo que pueda hacer por la realización de este tipo de llamadas, incluyendo cualquier reclamación en virtud de la ley federal o estatal, y específicamente cualquier reclamación en virtud de la Ley de protección del usuario de telefonía 47 USC § 227. Al proporcionar un número de teléfono, doy fe de que soy el abonado o propietario o tengo la autoridad para usar y dar consentimiento para llamar al número.

Al proporcionar un número de teléfono, consiento expresamente la recepción de mensajes de texto de parte de proveedores a cualquier número de teléfono (incluyendo números asignados a cualquier servicio celular u otro por el cual se me pueda cobrar por la llamada) utilizados por o asociados a mí y obtenidos a través de cualquier fuente, incluido pero no limitado a cualquier número que he proporcionado anteriormente o se puede proporcionar en el futuro en relación a mi cuenta. Al proporcionar este consentimiento expreso, específicamente mi renuncia a cualquier reclamo que pueda tener por la realización de este tipo de llamadas, incluyendo cualquier reclamación en virtud de la ley federal o estatal y concreta y reclamación en virtud de la Ley de protección del usuario de telefonía 47 USC § 227. Al proporcionar un número de teléfono, doy fe de que soy el abonado o propietario o tengo la autoridad para usar y dar consentimiento para llamar al número.

Al proporcionar mi dirección de correo electrónico ahora o en cualquier momento en el futuro en relación con los productos médicos y servicios proporcionados y / o mi cuenta, yo expresamente opto recibir comunicaciones por correo electrónico de parte del proveedor por o relacionados con los productos o servicios médicos proporcionados, mi cuenta, y otros servicios, tales como información financiera, clínica y educativa incluso el intercambio de novedades, los cambios en la ley de salud, cobertura del seguro de salud, tratamiento de seguimiento, y otras oportunidades de cuidado de la salud, los bienes y servicios. Al proporcionar este consentimiento expreso, específicamente mi renuncia a cualquier reclamo que pueda tener por el envío de mensajes de este tipo, incluyendo cualquier reclamación en virtud de la ley federal o estatal, y específicamente cualquier reclamación en virtud de la ley CAN-SPAM, 15 USC § 7701, et seq. Al proporcionar una dirección de correo electrónico, doy fe de que soy el abonado o propietario, o tener la autoridad para usar y dar consentimiento para contactar la dirección de correo electrónico.

Entiendo que proporcionar un número de teléfono y / o dirección de correo electrónico no es una condición para recibir servicios médicos. Además entiendo que puedo revocar mi consentimiento de contactarme en cualquier momento poniéndome en contacto directamente con el proveedor o utilizando el método de exclusión que sea identificado en la comunicación aplicable. También entiendo que es mi responsabilidad notificar inmediatamente al proveedor de cualquier cambio de número de teléfono o dirección de correo electrónico.

Confirmando que leí, comprendí y acepté los términos de este documento, que soy el paciente o el representante del paciente, y que estoy autorizado para firmar este documento y aceptar sus términos.

Firma del Paciente / Guardian Legal	Fecha:
-------------------------------------	--------