



Informacion General del Paciente (favor completar)

Nombre _____ Fecha de Nac _____ Sex: ___M ___F

Social sec # _____ Estado Civil: Soltero ___ Casado ___ Divorciado ___ Viudo ___

Dirección Primaria _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Telefono Casa _____ Teléfono Trabajo _____ Teléfono

Celular _____ Contacto de Emergencia _____

Parentesco Contacto _____ Teléfono Contacto Emergencia _____

E-mail _____ Autoriza notificaciones via E-mail?: ___Y ___N

Farmacia _____ Teléfono _____ Fax _____

Estatus Laboral: ___Empleado ___Desempleado ___Retirado ___Estudiante

Nombre Empleador _____ Ocupacion _____

Consentimiento para Mensajes Telefónicos al Paciente

Es parte de nuestras políticas el notificarle los resultados de laboratorio ordenados por nuestra oficina, de igual manera, el llamarlo para confirmar sus citas. Sus iniciales dejan constancia de que ud nos autoriza a:

Dejar un mensaje detallado en su buzón de voz/contestadora/celular SI _____ NO _____

(coloque sus iniciales en cualquiera de los casos SI o NO)

Dejar un mensaje detallado con la persona que atiende el teléfono SI _____ NO _____

(coloque sus iniciales en cualquiera de los casos SI o NO)



Acerca de Compartir su Información Medica

Autorizo a los médicos y al personal de Infinity Family Clinic a compartir / discutir mi condición médica con los siguientes individuos:

Nombre _____ Parentesco _____

Nombre _____ Parentesco _____

Nombre _____ Parentesco _____

Aseguranza Primaria

Nombre Aseguradora _____ Nombre Titular _____

Aseguranza ID# _____ Grupo # _____

SSN _____ Fecha de Nacimiento _____

Parentesco con Titular de la Poliza _____

Aseguranza Secundaria

Nombre Aseguradora _____ Nombre Titular _____

Aseguranza ID# _____ Grupo # _____

SSN _____ Fecha de Nacimiento _____

Parentesco con Titular de la Poliza _____



Autorizacion del Paciente para el servicio ePRESCRIBE

ePrescribing es un servicio que permite a los médicos de nuestra oficina de enviar electrónicamente sus prescripciones directamente a la farmacia de su preferencia de manera segura, legible y sin errores. ePrescribing reduce significativamente los errores y mejora la seguridad del paciente. Entendiendo todo lo anteriormente descrito, Yo autorizo a los médicos y al personal de Infinity Family Clinic, a suscribirme al Programa.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Autorizacion del Paciente para BENEFICIOS de FARMACIA

Autorizo a los médicos y al personal de Infinity Family Clinic a solicitar y obtener mi historial de prescripciones médicas de otros proveedores médicos, del director de beneficios de farmacia y/o de cualquier otra farmacia para propósitos de tratamiento

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Autorizacion del Paciente para PACIENTES con MEDICARE

Autorizo a los médicos y al personal de Infinity Family Clinic a entregar a la Administración del Seguro Social, Administrador Financiero de Cuidados de Salud, o a sus intermediarios, cualquier información necesaria para este o cualquier reclamo de Medicare. De igual manera permito que se use una copia de esta Autorización en lugar del original y solicito el pago de los beneficios del seguro médico para mí o para la parte que pueda hacer que la información de pago de Medicare se transfiera automáticamente a mi asegurador suplementario. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier servicio que Medicare considere no cubierto.

Firma del Paciente _____ Fecha _____



Autorización del Paciente para Aseguranza PPO o HMO

Autorizo a los médicos y al personal de Infinity Family Clinic a entregar a mi aseguradora o a sus representantes cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o consulta que se me haya realizado durante cuidados médicos o quirúrgicos. Autorizo y solicito a la aseguradora arriba mencionada a realizar directamente los pagos a Infinity Family Clinic el monto adeudado por concepto de los cuidados médicos o quirúrgicos recibidos. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier servicio recibido no cubierto por la Aseguradora.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Paciente

Autorización para TODOS LOS PACIENTES

Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier servicio recibido en Infinity Family Clinic. Así mismo, entiendo que cualquier reembolso derivado de los servicios recibidos será realizado a la tarjeta donde inicialmente fueron realizados los cargos. Por otro lado, entiendo que cualquier saldo que no sea pagado por mi puede ser enviado a una agencia recolectora. En ese sentido, entiendo que seré financieramente responsable por todos los costos o gastos de la agencia recolectora durante el proceso de cobro de mi deuda. Finalmente autorizo a mi médico y a Infinity Family Clinic a realizar fotografías para fines de documentación médicas.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Acomodaciones Especiales

Si un paciente requiere de alguna acomodación especial para su cita, el individuo o su representante deberá notificar a Infinity Family Clinic de la necesidad de acomodación con una semana de antelación a la primera cita del paciente. Las citas subsecuentes también requerirán de una notificación con una semana de antelación. De acuerdo a American with Disabilities Act, “los proveedores son responsables y cubrirán los costos para proveer ayuda razonable y no podrán transferir dichos costos al paciente o a su aseguradora. Sin embargo, si un paciente que ha solicitado alguna acomodación especial no informa con



al menos 24 horas de anticipación de la cancelación del servicio, o no se presenta a su cita, será entonces responsable por los todos gastos incurridos por Infinity Family Clinic.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

CONOCIMIENTO DE RECEPCION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Aviso a los pacientes: Estamos obligados a entregarle una Notificación de nuestras Políticas de Privacidad las cuales indican de qué manera podemos usar o compartir su información médica. Por favor firme esta forma como reconocimiento de que ha recibido esta notificación. Usted puede negarse a firmar esta forma si es su deseo.

Reconozco que he recibido una copia de la Notificación de las prácticas de privacidad de Infinty Family Clinic.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

CONOCIMIENTO DE LAS POLITICAS DE INFINITY FAMILY CLINIC

Infinity Family Clinic requiere de 5 días hábiles para recibir la mayoría de los resultados de laboratorio e imágenes. 5 días hábiles permitirá a los doctores y al personal médico de Infinity Family Clinic de revisar, completar y cuando sea posible, publicar sus resultados en el portal del paciente.

Infinity Family Clinic remitirá las referencias medicas necesarias dentro de los 5 días hábiles posteriores a su visita. Esto permitirá al personal de Infinity Family Clinic de obtener las autorizaciones necesarias y de enviar las referencias con la documentación requerida.

Reconozco que he leído y entendido las políticas de Infinity Family Clinic.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Por medio de la presente, doy mi consentimiento a Infinity Family Clinic y autorizo a su personal a proveer tratamiento médico. Entiendo que Infinity Family Clinic explicara mi condición, preveerá los riesgos y métodos de tratamiento para mi condición antes de que dicho tratamiento sea suministrado.



Autorizo a Infinity Family Clinic a realizar cualquier tratamiento adicional o diferente que se piense sea necesario en caso de una situación de emergencia y de que alguna condición no previamente conocida sea descubierta.

He leído cuidadosamente y entiendo completamente este Formulario de Consentimiento de Tratamiento. He tenido la oportunidad de discutir mi condición y el procedimiento arriba mencionado con el proveedor de cuidados médicos, Todas mis inquietudes han sido adecuadamente respondidas.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Cancelaciones y Politicas No Show

Nuestra política se indica a continuación:

No cancelación/No Shows dentro de las 24 horas de notificación: \$30.00

Los pacientes que no se presenten a su cita médica sin llamar para cancelar su cita o procedimiento será considerado como **NO SHOW**. Pacientes que acumulen más de 3 No-Show en un periodo de doce meses podrán ser dados de baja de la práctica y por tanto no serán agendados para futuras citas.

Los cargos por Cancelaciones y No Show son exclusiva responsabilidad del paciente y deberán ser pagados completamente antes de la próxima cita agendada.

Entendemos que pueden surgir circunstancias inevitables que puedan hacer cancelar una cita en las 24 horas antes. En esta situación, los cargos pueden ser exonerados solo bajo la autorización de la gerencia.

Nuestra practica cree firmemente en que las buenas relaciones paciente/doctores están basadas en el entendimiento y la buena comunicación. Preguntas acerca de las cancelaciones y cargos por No Show deben ser dirigidas directamente al Office Manager.

Reconozco que he leído y entiendo las políticas de cancelación Infinity Family Clinic.

Firma del Paciente _____ Fecha _____