

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE (Patient Registration Form)

ESTE FORMULARIO DEBE LLENARSE TODOS LOS AÑOS, CUANDO EL PACIENTE CUMPLA 18 AÑOS O CUANDO SEA NECESARIO REALIZAR CAMBIOS

Fecha de Hoy: _____

LETRA DE IMPRENTA CLARA

Lugar de la Cita: _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Apellido del Paciente: _____ Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre _____

Sobrenombre/Apodo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: [] M [] F N.º de Seguro Social _____ Estado Civil: _____

Religión: _____ Idioma: _____ Necesidad de Intérprete _____

Grupo Étnico: [] Hispano o Latino [] No Hispano o Latino [] Desconocido [] No responde

Marque todas las Categorías Raciales con las que el paciente se identifica:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indígena Estadounidense/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o Isleño de Otra Isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico |
| <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano | <input type="checkbox"/> Se rehúsa a responder |

Dirección Física/Permanente del Paciente (obligatorio) – *Si utiliza un apartado de correos, indicar como Dirección Postal*

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Dirección Postal del Paciente - *Completar si es diferente a la Dirección Permanente*

Dirección Postal: _____ Apartado Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Números de Teléfono del Paciente: Casa: _____ Trabajo: _____

Celular/Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

Método(s) de Comunicación Preferido(s): [] Correo [] Teléfono [] Mi Cartera (*Pregúntenos sobre nuestro nuevo servicio basado en la web*)

DIRECCIÓN TEMPORAL o CONFIDENCIAL (*Completar si corresponde*)

Rango de Fechas: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Números de Teléfono de Contacto: Casa: _____ Celular/Móvil: _____

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE (Patient Registration Form)

INFORMACIÓN DEL PADRE O LA MADRE *(Completar si el paciente es menor)*

El Paciente vive con: Madre y Padre Padre Madre Otro: _____

¿Existe un Acuerdo de Custodia Legal? Sí No

*Si la respuesta es afirmativa, DEBE proporcionar a nuestra oficina una copia del acuerdo de custodia. En casos de divorcio o separación donde no exista un acuerdo de custodia, ambos padres tienen los mismos derechos con respecto a las decisiones e información relacionadas con la atención médica del paciente.

Nombre del Padre: _____	Nombre de la Madre: _____
N.º de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento: _____	N.º de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono del hogar: _____ Celular: _____	Teléfono del hogar: _____ Celular: _____
Empleador: _____	Empleador: _____
Teléfono Laboral: _____	Teléfono Laboral: _____

EMPLEO/SITUACIÓN ESTUDIANTIL DEL PACIENTE/GARANTE *(Marque solo una)*

Empleo: Jornada Completa Jornada Parcial Jubilado Militar en Actividad Sin Empleo

Ocupación: _____ Empleador: _____

Dirección: _____

Teléfono Laboral: _____

Estudiante: Jornada Completa Jornada Parcial **Discapacitado:** Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL ESPOSO/ESPOSA *(Completar si corresponde)*

Nombre: _____ Celular/Móvil: _____

Empleador: _____ Teléfono Laboral: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA *(Que no sea ninguna de las detalladas anteriormente)*

Nombre(s) _____ Relación: _____

Número de Teléfono de Vivienda: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono Laboral: _____

MÉDICO QUE HACE LA REMISIÓN *(Complete si corresponde)*

Nombre: _____ Ubicación: _____ Número de Teléfono: _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nombre: _____ Ubicación: _____ Número de Teléfono: _____

Fecha aproximada de la última visita: _____

FARMACIA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE (Patient Registration Form)

Nombre: _____ Ubicación: _____ Número de Teléfono: _____

PARTE RESPONSABLE FINANCIERAMENTE

Paciente Esposo/a Padre(s) Tutor legal Otro _____

Complete esta sección si marcó Tutor Legal u Otro, o si solo un padre es el garante.

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

N.º de Seguro Social: _____ Género: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección de Facturación: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Número(s) de Teléfono: _____

SEGURO

Seguro Primario: _____

N.º de Póliza: _____ N.º de Póliza Colectiva: _____

Nombre del Titular del Seguro: _____ Relación con el Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Titular del Seguro: _____ N.º de Seguro Social del Titular del Seguro: _____

*** Si no existe un seguro secundario, encierre en un círculo: NINGUNO**

Seguro Secundario: _____

N.º de Póliza: _____ N.º de Póliza Colectiva: _____

Nombre del Titular del Seguro: _____ Relación con el Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Titular del Seguro: _____ N.º de Seguro Social del Titular del Seguro: _____

Informe al personal de Recepción si esta visita está relacionada con un Accidente Automovilístico, Indemnización por Accidente de Trabajo o Reclamación por Discapacidad

Otro: _____

N.º de Póliza: _____ N.º de Póliza Colectiva: _____

Nombre del Titular del Seguro: _____ Relación con el Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Titular del Seguro: _____ N.º de Seguro Social del Titular del Seguro: _____

CONFIRMACIÓN

Con mi firma a continuación, declaro que la información que suministré a UMCMD es exacta, según mi leal saber y entender.

Firma del Paciente o Parte Responsable

Fecha

Nombre del Paciente/Parte Responsable

Relación con el Paciente

ACUERDO FINANCIERO: Entiendo que soy responsable por los deducibles, copagos, los servicios, coseguro y artículos considerados "no es médicamente necesario" por mi compañía de seguros no cubiertos. Estoy de acuerdo en pagar los copagos y coseguros que se prestan los servicios. Entiendo que mi seguro es un contrato entre mi persona y mi compañía de seguros y la Universidad de Maryland Medical Community Group Inc. (en adelante UMCMG Inc.) se facturará mi seguro como una cortesía para mí. El saldo restante será atendido dentro de los 30 días de la notificación por parte de la compañía de seguros. Aunque, a mi compañía de seguros puede estimar lo que puede pagar, es la compañía de seguros que hace que la determinación final. Estoy de acuerdo en pagar cualquier porción de los gastos no cubiertos por el seguro. Si una referencia y autorización previa o están obligados por mi compañía de seguros, voy a ayudar a UMCMG Inc. en la obtención de la remisión y / o autorización previa. Si el pago no se puede hacer en cada visita, voy a notificar al personal de recepción para hacer otros arreglos. Yo entiendo que soy responsable último de cualquier saldo de mi cuenta. Certifico que la información proporcionada a UMCMG Inc. es exacta y actualizada. Información del seguro actual debe estar en el archivo en cada visita para las reclamaciones que se presenten adecuadamente. Si se proporciona nueva información sobre el seguro después de los servicios son prestados Puedo ser responsable de la balanza por cuenta. Si todos los intentos de recoger cantidades razonables debido fallan y esta cuenta se ha referido a una agencia de cobros para la acción, estoy de acuerdo en pagar todos los costos asociados con el proceso que permite la ley.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Por la presente asignar UMCMG Inc. dichas prestaciones a las que tienen derecho en virtud de mi plan (s) de seguros.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Por este medio permite UMCMG Inc. que proporcione información referente a mi tratamiento médico a mi compañía de seguros, representante de la remuneración del trabajador, abogado, u otros proveedores de servicio como sea necesario para obtener el pago por los servicios y brindar atención adicional.

Consentimiento para el Tratamiento: Por este medio permito UMCMG Inc. para examinar, tratar y realizar pruebas de diagnóstico y procedimientos de oficina que considere necesarias al médico.

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: UMCMG Inc. es requerido por ley a mantener la privacidad de la información de salud protegida de un paciente. Además, estamos obligados por ley a proporcionar a las personas con este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Usted debe notificarnos por escrito de cualquier restricción sobre la divulgación de su información de salud protegida. He leído y estoy de acuerdo con lo anterior. Mi firma abajo indica que también he recibido una copia de la Notificación UMCMG Inc. de prácticas de privacidad y he indicado ninguna restricción de mi información de salud protegida. Firmas escaneadas son suficientes como originales.

RECORDATORIOS DE CITAS: Si alguna información de contacto telefónico que he proporcionado es un número de teléfono móvil, me consiente expresamente a la colocación de las llamadas relacionadas con el cuidado de la salud por marcación automática o pregrabado a dicho número (s).

El abajo firmante certifica que él / ella ha leído lo anterior y es el paciente o el padre o tutor del paciente o está debidamente autorizado como agente del paciente para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos. Al firmar a continuación, declaro que la información dada por mí a UMCMG Inc. es exacta al mejor de mi conocimiento.

Paciente o Persona Responsable Firma

Fecha

Paciente / Responsable Nombre Partido

Relación con el paciente

Firma del testigo

Nombre del testigo



Autorización para divulgar información de salud

Yo, _____, doy permiso para que la persona (s) siguiente para obtener información con respecto a la atención médica, hablar con el proveedor, y / o el personal y recoger cualquier información relacionada con el paciente que aparece arriba.

Nombre

Relación

Paciente o Persona Responsable Firma

Fecha

Paciente / Responsable Nombre Partido

Relación con el paciente

N.º de Historia Clínica (MRN): _____

Nombre del Paciente: _____

**Exención de Responsabilidad del Paciente de UMCMG
Cobertura de Seguro
(Financial Responsibility Waiver Form for Insured Patients)**

Fecha del Servicio: _____ Lugar de la Cita: _____

Al Paciente y Garante:

Este formulario se debe completar solo para servicios que no sean de emergencia. El propósito de este formulario es:

1. Brindarle una notificación previa de que usted puede ser financieramente responsable por estos servicios médicos.
2. Darle la oportunidad de rechazar o reprogramar estos servicios antes de proporcionarse a fin de evitar obligaciones financieras.

Este formulario debe completarse para todos los servicios en los que se cuestione la cobertura del seguro, el estado de remisión, la participación del proveedor de UMCMG o el acceso al tipo de servicio que se prestará conforme al plan médico del paciente. Este formulario no es válido para servicios de emergencia.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE/GARANTE

Nombre del Paciente/Garante: _____ Relación con el Paciente _____

Dirección Física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Números de Teléfono: Vivienda: _____ Trabajo: _____

Celular/Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS SUJETOS A ESTA EXENCIÓN

Servicio: _____ Costo: _____

Servicio: _____ Costo: _____

Servicio: _____ Costo: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro Primario: _____ N.º de Póliza: _____ N.º de Póliza Colectiva: _____

Nombre del Titular del Seguro: _____ Relación con el Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Titular del Seguro: _____ N.º de Seguro Social del Titular del Seguro: _____

Si No existe un Seguro Secundario, encierre en un círculo: NINGUNO

Nombre del Titular del Seguro: _____ Relación con el Paciente: _____

Nombre del Titular del Seguro: _____ Relación con el Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Titular del Seguro: _____ N.º de Seguro Social del Titular del Seguro: _____

RECONOCIMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA POR PARTE DEL PACIENTE/GARANTE ASEGURADO

El paciente/garante reconoce que ha sido informado por UMCMG acerca de que los servicios descritos anteriormente pueden no estar cubiertos, parcial o totalmente, conforme a la póliza de seguro del paciente o, si están cubiertos, pueden tener gastos de bolsillo, coseguro o deducibles más altos por las razones indicadas a continuación. El paciente/garante reconoce que se le ha dado la oportunidad de rechazar o reprogramar estos servicios, pero elige recibir estos servicios de UMCMG y acepta que será responsable por el costo total de estos servicios médicos, o cualquier parte de los mismos, no pagados por el seguro o por los terceros mencionados anteriormente. Iniciales: _____

Marque y coloque su inicial donde corresponda:

- Proveedor fuera de red/No preferido/No participante: UMCMG no está en la red del seguro médico del paciente o no es un proveedor preferido, o no es un proveedor participante para los tipos de servicio mencionados anteriormente conforme al seguro médico del paciente. Estos servicios podrían estar cubiertos si son prestados por otro proveedor; *sin embargo*, el paciente/garante ha optado por no utilizar la red de proveedores del seguro médico y elige recibir los servicios que presta UMCMG. Iniciales: _____
- Sin remisión. El paciente/garante o el médico que hace la remisión NO HA PROPORCIONADO UNA REMISIÓN COMPLETA Y EXACTA como LO EXIGE EL PLAN MÉDICO. Si el seguro del paciente le permite obtener una remisión retroactiva, UMCMG facturará al seguro; no obstante, el paciente/garante reconoce que será responsable por cualquier saldo no pagado por el seguro. Iniciales: _____
- Denegados, no cubiertos o no autorizados. Los servicios descritos anteriormente no están cubiertos por el seguro médico del paciente ya que ESTOS SERVICIOS NO HAN SIDO AUTORIZADOS O SE CONSIDERAN NO CUBIERTOS. Iniciales: _____
- Responsabilidad de Terceros, Indemnización por Accidente Laboral, Seguro por Accidente Automovilístico/Protección contra Lesiones Personales (PIP). Debido a la naturaleza de la enfermedad o lesiones del paciente, el paciente/garante ha elegido no utilizar los beneficios del seguro médico para estos servicios ya que el paciente/garante afirma que un tercero es responsable de los gastos. Iniciales: _____
- Otro (explique): _____

Con mi firma a continuación, certifico que la información que proporcioné anteriormente es correcta y completa según se registra más arriba y reconozco que ningún otro seguro o tercero será aceptado por UMCMG para estos servicios médicos. Por la presente eximo a UMCMG de cualquier obligación de aceptar, facturar o estar vinculado con cualquier requerimiento contractual o restricciones del seguro de cualquier póliza de seguro o tercero no expuesto anteriormente. Reconozco que me han leído y explicado las declaraciones indicadas anteriormente y comprendo que soy responsable del pago de cualquier cargo que no sea pagado por el seguro del paciente.

Firma del Paciente/Garante _____ Fecha _____

Si el firmante no es el paciente, especifique la relación con el paciente: _____

Firma del Testigo/Intérprete _____ N.º de Identificación _____ Fecha _____ Hora _____

N.º de Historia Clínica (MRN):

Nombre del Paciente:

**Reconocimiento del Paciente de UCMCG del Estado de Pago Por Cuenta Propia
(Financial Responsibility Waiver Form for Self Pay Patients)**

Fecha del Servicio: _____ Lugar de la Cita: _____

Al Paciente y Garante:

Este formulario se debe completar solo para servicios que no sean de emergencia. El propósito de este formulario es:

1. Usted ha solicitado que su visita de hoy sea facturada como “pago por cuenta propia” y recibir un “descuento por pago por cuenta propia”.
2. Darle la oportunidad de rechazar o reprogramar estos servicios antes de proporcionarse a fin de evitar obligaciones financieras.

Este formulario debe completarse para todos los servicios en los que el paciente elija pagar la totalidad del servicio en la fecha de prestación del servicio y no enviar una reclamación a una compañía de seguros. Este formulario no es válido para servicios de emergencia.

INFORMACIÓN DEL GARANTE

Nombre del Garante: _____ Relación con el Paciente _____

Dirección Física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Números de Teléfono: Vivienda: _____ Trabajo: _____

Celular/Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS SUJETOS A ESTA EXENCIÓN

Servicio: _____ Costo: _____

Servicio: _____ Costo: _____

Servicio: _____ Costo: _____

**RECONOCIMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE/GARANTE QUE PAGA
POR CUENTA PROPIA**

Ha recibido esta carta de confirmación porque ha solicitado que su visita médica de hoy sea facturada como “pago por cuenta propia” y desea recibir un “descuento por pago por cuenta propia”. Se ofrece un descuento por pago por cuenta propia del 45% a los pacientes que eligen pagar la totalidad del servicio en la fecha de prestación del servicio y no enviar la reclamación a una compañía de seguros. Usted ha solicitado que este servicio sea facturado como pago por cuenta propia ya que (coloque sus iniciales en una opción):

No tiene seguro médico.

Tiene seguro médico, pero no quiere que se facture al seguro y prefiere pagar con su propio dinero.

N.º de Historia Clínica (MRN):

Nombre del Paciente:

Otro (explique): _____

Queremos que sepa qué esperar para que pueda tomar una decisión informada. Para lograrlo, al firmar a continuación, usted acepta lo siguiente:

- Todas las tarifas por el servicio pagado por cuenta propia deben pagarse el día del servicio.
- La cantidad del pago por cuenta propia cubre solo los servicios profesionales brindados por su médico. Usted es financieramente responsable por todos los servicios complementarios; por ejemplo, exámenes de laboratorio, radiografías u otros servicios de UMCMG que realice su médico. Usted recibirá una factura separada del Departamento de Facturación del Hospital del UMMS por los servicios no médicos.
- Sus exámenes de laboratorio pueden realizarse en un centro que no sea el UMMS. Hágale saber a su médico o a un miembro del personal si prefiere que sus radiografías se hagan en una instalación que no sea el UMMS. Con gusto le proporcionaremos la documentación necesaria para hacerlo.
- Si tiene seguro u otro tipo de cobertura, es probable que los servicios recibidos hoy que están incluidos en el descuento por "pago por cuenta propia" no sean reembolsados por su compañía de seguros o aplicados a sus deducibles. Quizá quiera analizar esto con su compañía de seguros antes de aceptar el descuento por pago por cuenta propia.

Con mi firma a continuación, reconozco que he leído y comprendido lo declarado anteriormente y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que soy el paciente, o el representante debidamente autorizado del paciente

Firma del Paciente/Garante _____ Fecha _____ Hora _____

Si el firmante no es el paciente, especifique la relación con el paciente: _____

Firma del Testigo/Intérprete _____ N.º de Identificación _____ Fecha _____ Hora _____