



## Formulario de Registro del Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: S C D V  
 Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Numero de licencia de conducir: \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Grupo étnico: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_  
 Lugar de empleo: \_\_\_\_\_  
 Dirección de empleo: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de empleo: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Información del Seguro: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del asegurado titular: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del asegurado titular: \_\_\_\_\_  
 Número de seguro social de asegurado titular: \_\_\_\_\_  
 Empleo: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Empleo: \_\_\_\_\_  
 Pariente más cercano que no vive con usted: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Se requiere pago de todos los cargos al tiempo de su consulta. Nuestro personal le puede asistir si necesita hacer otros arreglos. Su póliza de seguro y la cobertura es un contrato entre usted y su aseguradora. Usted se hace responsable de pagar los servicios médicos independientemente del estatus de su reclamo.

Salcido Family Medicine envía estados de cuenta mensualmente. El monto se debe pagar al recibir su cuenta, salvo algún otro acuerdo especificado. Todas las cuentas por cobrar después del día 30 del siguiente mes causaran intereses moratorios del 1 ½ % mensual (18% APR).

El solicitante accede que todas las facturas o estados de cuenta sean conclusivos y precisos al menos que el solicitante se comuniquen por medio escrito con la oficina de Salcido Family Medicine a más tardar 15 días después de recibir la factura o estado de cuenta.

El solicitante conviene que si alguna cuenta se vence, esta cuenta y cualquier otro monto que se deba a la clínica pueden volverse inmediatamente vencido y se debe pagar. El solicitante también accede a que en el caso de cualquier saldo que no sea pagado según lo acordado y que sea referido a una agencia de cobranzas o abogados, el firmante al calce de este documento conjunta y solidariamente accede a pagar todos los costos derivados por la cobranza de la compañía y honorarios de abogados y costos de litigio. En caso de demanda legal, el litigio se llevara a cabo en una jurisdicción designada por la clínica Salcido Family Medicine. El solicitante también accede a pagar todos los cobros de servicio actuales y futuros mientras el caso sea designado a abogados o agencia de cobranza. Los cheques sin fondos están sujetos a un cargo de \$30.00 por devolución. \_\_\_\_\_ **Iniciales del paciente**

Firma del Responsable

Fecha

## Reconocimiento del recibo del aviso de las practias de la aislamiento

El uso y el acceso de la informacion protegida de la salud es regulado por una ley federal conocido como el Acto De La Portabilidad y de la responsabilidad del seguro medico de 1996 ("HIPPA"). Debajo de "HIPPA", los proveedores de salud sonreueridos de dar al paciente aviso de las practicas de la aislamiento para la informacion de la salud de protecton y hacer un esfuerzo de la buena fe de obtener un reconocimiento escrito que este aviso fue recibido.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre impreso del paciente O del representante personal), reconozca que la medicina de la familia de Salcido ha proporcionado una copia escrita de su aviso de la aislamiento Practices para la informacion protegida de la salud a:

\_\_\_\_\_ Mismo (O representante personal)

Y \_\_\_\_\_ (nombre de cualquier otra persona usted desearia su informacion lanzada).

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
# de Telefono

\_\_\_\_\_  
Relacion al paciente

---

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Ultimo Doctor: \_\_\_\_\_

Razon de la visita: \_\_\_\_\_

Sirujias y fecha: \_\_\_\_\_

Enfermedades previas: \_\_\_\_\_

Medicinas Actuales: \_\_\_\_\_

Tiene Alergias a medicinas: None \_\_\_\_\_ Inicial

Que Medicinas: \_\_\_\_\_

Historia medic de familia \_\_\_\_\_

Historia Social: Nunca Fumado \_\_\_\_\_ Pare de fumar \_\_\_\_\_

Toda Via Fuma: \_\_\_\_\_

Cuanto fuma? \_\_\_\_\_

Cuanto alcohol consume en una semana? \_\_\_\_\_