

INFORMACIÓN DEL PACIENTE - POR FAVOR LETRA

***POR FAVOR ENTREGUE SU TARJETA DE SEGURO Y LICENCIA DE CONDUCIR AL RECEPCIONISTA**

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: ____

Fecha de nacimiento: _____ SS#: _____ Sexo: M F

Dirección de casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de casa: _____ # de celular: _____ # de trabajo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Atención Primaria/Médico de Familia: _____

Farmacia/Número de teléfono: _____

INFORMACION DEL EMPLEADOR:

Nombre del empleador: _____

Teléfono del empleador: _____ Ocupación: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Apellido y Nombre: _____

Dirección de casa: _____

Ciudad/Estado: _____ Código postal: _____ Relación: _____

Número de casa: _____ Número de celular: _____ Número de trabajo: _____

Es política de la oficina de Tampa Cardiovascular Associates, PA divulgar información a su familia inmediata y/o dejar mensajes con ellos o en su contestador automático con respecto a citas, resultados de laboratorio/pruebas, facturación o cualquier otra información que consideremos necesaria para brindarle una atención de calidad. Debe especificar por escrito si no está de acuerdo con esta política. **He leído la declaración anterior y el Aviso de Prácticas de Privacidad y comprendo mis derechos.**

RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Entiendo que la facturación del seguro es un servicio brindado como cortesía y que en todo momento soy responsable final ante Tampa Cardiovascular Associates por cualquier cargo no cubierto por los beneficios de atención médica, incluidos, entre otros, coseguro, copagos, y deducible. Es mi responsabilidad llamar a la compañía de seguros para determinar los beneficios. Es mi responsabilidad notificar a Tampa Cardiovascular Associates sobre cualquier cambio en mi cobertura de atención médica. En algunos casos, los beneficios exactos del seguro no se pueden determinar hasta que la compañía de seguros reciba el reclamo. Soy responsable de la factura completa o del saldo de la factura según lo determine Tampa Cardiovascular Associates y/o mi aseguradora de atención médica si se deniega el pago de las reclamaciones presentadas o de una parte de ellas. Entiendo que al firmar este formulario acepto la responsabilidad financiera como se explicó anteriormente por todos los pagos por servicios médicos y/o suministros recibidos.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

REPRESENTANTE AUTORIZADO (Título): _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:

Por la presente doy mi consentimiento a Tampa Cardiovascular Associates, PA y al personal para que brinden cualquier tratamiento que consideren necesario al paciente mencionado anteriormente. Entiendo que soy responsable de los cargos incurridos por los servicios. Entiendo que soy responsable de los cargos no cubiertos por la póliza de seguro o Medicare, incluidos, entre otros, el coseguro, los copagos y el deducible. Si fuera necesario cobrar estos cargos a través de un abogado u otro proceso de cobro, seré responsable de todos los costos judiciales, intereses, costos de cobro y honorarios de abogados.

Por la presente solicito el pago de los beneficios autorizados de Medicare y/o cualquier otro, incluidos los beneficios de seguro complementarios, para que se me pague directamente a Tampa Cardiovascular Associates, PA/Vasco M. Marques, MD, PA por cualquier servicio que me brinde. Autorizo a Tampa Cardiovascular Associates, PA y al personal a divulgar a mi compañía de seguros y sus agentes cualquier información relacionada con la atención médica, el asesoramiento, el tratamiento o los suministros necesarios para determinar estos beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo que esta es una autorización de por vida.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

REPRESENTANTE AUTORIZADO (Título): _____

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA: He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Tampa Cardiovascular Associates, PA en esta fecha. ___ Sí ___ No ↑

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

REPRESENTANTE AUTORIZADO (Título): _____

____ Recibió pero se negó a firmar:

FIRMA DEL PERSONAL: _____ Fecha: _____

NOTIFICACIÓN A FAMILIARES Y AMIGOS

Por la presente autorizo a Tampa Cardiovascular Associates, PA y al personal a divulgar mi información médica a las siguientes personas (nombre, relación, número de teléfono):

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

REPRESENTANTE AUTORIZADO (Título): _____

Marque uno: ___Indio americano o nativo de Alaska ___ Asiático ___ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ___ Afroamericano ___ Caucásico ___ Hispano ___ Otra Raza ___
Prefiero no contestar

Por favor marque uno: ___ Hispano o Latino ___ No Hispano o Latino ___ Prefiero no responder

Idioma preferido: _____