VITALCARE
Family Practice

Información de Registro del Paciente

Fecha de Hoy: _____

Como te enteraste de nosotros: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Apellido de Soltera:** _____

Dirección:

_____

_____

Números de Teléfono:

Hogar: _____ **Trabajo:** _____ **Celúlar:** _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Género: ❑ **Masculino** ❑ **Femenino** **Raza:** _____ **Etnicidad:** _____

Estado Civil: ❑ **Soltera** ❑ **Casada** ❑ **Viuda** ❑ **Separad**

Empleador: _____

Contacto de Emergencia: _____

Relación: _____ **Números de Teléfono:** _____

Nombre de la Farmacia Preferida: _____

Localización: _____

El abajofirmante certifica que ha proporcionado información correcta en este formulario y comprende que las declaraciones falsas o la ocultación de hechos materiales pueden ser procesadas bajo las leyes federales y estatales aplicables.El abajofirmante certifica además que el/ella es el paciente o el representante legal del paciente, debidamente autorizado para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos.

Firma del Paciente/Parte Responsable: _____ **Relación:** _____

Condiciones para el Registro y Aceptación como Paciente de VitalCare Family Practice, LLC

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Consentimiento para Atención Médica: El abajofirmante solicita y autoriza a los médicos y otros proveedores de atención médica de VitalCare Family Practice, LLC y su personal profesional a realizar cualquier procedimiento de diagnóstico médico y atención médica quirúrgica que, a su juicio profesional, se considere necesario para diagnosticar y/o tratar la(s) condición(es) que han motivado que busque servicios médicos en las oficinas de VitalCare Family Practice, LLC. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, que existen riesgos y beneficios asociados con recibir tratamiento médico y reconozco que no se me ofrecen garantías con respecto a los resultados de los exámenes y tratamientos médicos que recibo por parte de los proveedores y el personal profesional.

Divulgación de Registros Médicos: El abajofirmante autoriza a VitalCare Family Practice, LLC a divulgar todo o parte del contenido del expediente médico del paciente nombrado a dichas compañías, organizaciones o agencias que pueden preocuparse por el pago de los servicios médicos proporcionado al paciente. Esta autorización se otorga con pleno conocimiento de que dicha divulgación puede contener información que puede resultar en la denegación de beneficios del seguro o que de otro modo puede no servir a los intereses del paciente registrado.

Asignación de Beneficios: Por la presente solicito y autorizo que todos y cada uno de los beneficios de seguro adeudados por los servicios médico prestados al paciente registrado se paguen directamente a VitalCare Family Practice, LLC. El abajofirmante, ya sea que firme como paciente o como representante del paciente, acepta la responsabilidad y acepta pagar los copagos, deducibles y coseguros del seguro médico requeridos según los términos de las pólizas de seguro.

Consentimiento Considerado: El abajofirmante reconoce que el paciente solicitado está informado de las disposiciones de la Sección 32.1-45 del Código de Virginia de 1950, que proporcionan si cualquier paciente/proveedor de atención médica está expuesto a la sangre/fluidos corporales de un proveedor de atención médica/paciente bajo el control o dirección de VitalCare Family Practice, LLC de una manera que pueda transitar el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, la Hepatitis B o los Virus C. , entonces se considerará que el paciente/proveedor de atención médica ha dado su consentimiento para la prueba de VIH, Hepatitis B o C, y para la divulgación de los resultados de dicha prueba según lo dispuesto por la ley.

Consentimiento para Obtener un Historial de Prescripción Externo: Autorizo a VitalCare Family Practice, LLC y a sus proveedores a ver mi historial de recetas externo a través del servicio de recetas de Surescripts (o cualquier otro). Entiendo que mis proveedores y el personal aquí pueden ver el historial de recetas de muchos otros proveedores médicos no afiliados, compañías de seguros y administradores de beneficios farmacéuticos, ya que puede incluir el historial de recetas de varios años. Entiendo que esto permitirá a mis proveedores coordinar mejor mi historial de atención y medicación para maximizar la eficacia y seguridad de mi plan de tratamiento.

Consentimiento para contactar por correo electrónico: En la medida en que nuestro software de registros médicos lo permita, podremos comunicarnos con usted por correo electrónico para recordarle citas o compartir otra información pertinente sobre su atención médica. Autorizo a VitalCare Family Practice, LLC a utilizar la dirección de correo electrónico que proporcioné para comunicarse conmigo con respecto a mi atención médica. Doy mi consentimiento para que se me transmite información de salud protegida a través de esta dirección de correo electrónico.

Prácticas de Privacidad: He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de VitalCare Family Practice, LLC.

Consentimiento para Comunicar Información Médica Protegida: Doy mi consentimiento para que mi información médica se comparta con una base de datos nacional para que mis otros proveedores de atención médica puedan acceder a ello: ❑ **Consentir** ❑ **No Dar Consentimiento**

Doy mi consentimiento para permitir que los proveedores y el personal dejen mensajes sobre mi información de salud protegida. Por favor revisa los números donde podemos dejar un mensaje detallado:

❑ **número de casa** ❑ **número de celúlar** ❑ **número de trabajo**

Por favor proporcione los nombres de las personas con las que podemos discutir su información médica protegida (recordatorios de citas, facturas médicas, y información médica):

Nombre: _____ **Relación:** _____ **Teléfono:**_____

Nombre: _____ **Relación:** _____ **Teléfono:**_____

Nombre: _____ **Relación:** _____ **Teléfono:**_____

Firma del Paciente o Parte Responsable: _____ **Fecha:**_____

Póliza Financiera

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:**_____

Gracias por elegir Vital Care Family Practice como su médico de cabecera. Estamos comprometidos a brindarle atención médica asequible y de calidad. Lea esta póliza de pago, háganos cualquier pregunta que pueda tener y firme en el espacio provisto. Se le proporcionará una copia si la solicita.

1. **Seguro.** Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluido Medicare. Si no está asegurado por un plan con el que hacemos negocios, se espera el pago total en cada visita. Si está asegurado por un plan con el que hacemos negocios pero no tiene una tarjeta de seguro actualizada, se requiere el pago total de cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. Sabiendo los beneficios de su seguro es su responsabilidad. Please contact your insurance company with any questions you may have regarding your coverage. Nota: VitalCare no retrocede la fecha de las referencias de seguro. Las referencias deben obtenerse y ser válidas en el momento del servicio.
2. **Copagos y deducibles.** Todos los copagos y deducibles deben ser pagado al momento del servicio. Si tiene una póliza que incluye un deducible que no se ha cumplido, cobraremos un monto inicial de $85 para su deducible. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros. Si no cobramos copagos y deducibles de los pacientes por nuestra parte, se puede considerar fraude al seguro. Por favor ayúdenos a respetar la ley pagando sus copagos en cada visita.
3. **Servicios no cubiertos.** Por favor tenga en cuenta que algunos – y quizás todos – pueden no estar cubiertos o no ser considerados razonables o necesarios por Medicare u otros aseguranza. Debe pagar estos servicios en su totalidad al tiempo de la visita.
4. **Comprobante de seguro.** Todos los pacientes deben completar su formulario de información del paciente antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de su licencia de conducir y una tarjeta de seguro válida y vigente para proporcionar prueba de seguro. Si no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, puede ser responsable del saldo del reclamo.
5. **Reclamaciones de la sumisión.** Enviaremos sus reclamos y lo ayudaremos en todo lo que podamos para ayudarlo a pagar sus reclamos. Es posible que su compañía de seguros necesite que usted proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Por favor tenga en cuenta que el balance de su reclamo es su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague su reclamo o no. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros, nosotros no somos parte de ese contrato.
6. **Cambios de cobertura.** Si su seguro cambia, notifíquenos antes de su próxima visita para que podamos realizar los cambios apropiados para ayudarlo a recibir sus máximos beneficios. Si su compañía de seguros no paga su reclamo en 45 días, el balance se le facturará automáticamente.
7. **Impago.** Si su cuenta tiene más de 60 días de atraso, recibirá una carta informándole que tiene 20 días para pagar su cuenta en su totalidad. No se aceptarán pagos parciales a menos que se negocie lo contrario. Por favor tenga en cuenta que si queda un balance permanecer impago, podemos referir su cuenta a una agencia de cobranza y usted y sus familiares directos podrán ser descargado de esta práctica. Si esto ocurre, se le notificará por correo regular y certificado que tiene 30 días para encontrar atención médica alternativa. Durante ese período de 30 días, nuestros proveedores solo podrán tratarlo en caso de emergencia.
8. **Colecciones.** El abajofirmante acepta, ya sea firmando como paciente o representante del paciente, aceptar la responsabilidad del pago de los servicios médicos no cubiertos por los beneficio del seguro y en caso de incumplimiento, está de acuerdo a pagar todos los costos asociados con las actividades de cobro realizadas para hacer cumplir el pago, incluidos abogados y agencias de cobranza que no excedan el 33.33%. Hay un cargo de $25 por cualquier cheque devuelto.
9. **Citas perdidas.** Nuestra política establece que se cobrará por las citas a las que el paciente no asista o que sean canceladas con menos de 24 horas de anticipación. Estos cargos son responsabilidad del paciente y se facturarán directamente al paciente. Tenga en cuenta que no ofrecemos un período de gracia para las citas. Se espera que los pacientes lleguen puntualmente y estén presentes a la hora programada de su cita. Llegar a tiempo nos ayuda a mantener nuestro horario y a brindar la mejor atención posible.

Nuestra práctica está comprometida a brindar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Nuestros precios son representativos de los cargos común y acostumbrado en nuestra zona. Gracias por su comprensión de nuestra política de pagos. Por favor hágano saber si tiene alguna pregunta o preocupaciones.

He leído y entiendo la políza de pagos y acepto cumplir con sus pautas.:

Firma del Paciente o Parte Responsable: _____ **Fecha:**_____