

Por favor, de escribir de manera legible

<b>I. Fecha:</b> _____		<b>Referido Por:</b> _____	
<b>II. Informacion Del Paciente</b>			
Nombre y Apellido: _____		Nombre y Apellido Preferido: _____	
FDN: _____	Edad: _____	Pronombres: _____	Correo Electronico: _____
Direccion: _____			
Cuidad: _____	Estado: _____	Codigo Postal: _____	
Telefono de Casa: _____	Celular: _____	#SS: _____	
Empleador: _____	Numero de trabajo: _____		
Ocupacion: _____	<input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Juntada <input type="checkbox"/> Menor de Edad		
<b>III. Informacion de Esposa/Pareja/Apoyo</b>			
Nombre y Apellido : _____		FDN: _____	Edad: _____
Direccion (si es diferente): _____			
Cuidad: _____	Estado: _____	Codigo Postal: _____	
Telefono de Casa: _____	Celular: _____	#SS: _____	
Empleador: _____	Numero de Trabajo: _____		
Ocupacion: _____	Relacion con le/el paciente: _____		
<b>IV. Informacion de Contacto de Emergencia</b>			
Nombre y Apellido de Padre: _____			
Numero de Telefono: _____	Relacion: _____		
<b>V. Completar, si menor de 18 ano</b>			
Padre/Guardian: _____		#SS: _____	
Direccion _____	Cuidad: _____	Estado: _____	Codigo Postal: _____
Telefono de Casa: _____	Numero del Trabajo: _____	Celular: _____	
<b>VI. Informacion de Seguro de Medico</b>			
Segurador con: _____		Nombre del Segurador: _____	
Numero de Miembro: _____	Numero de Grupo: _____		
<p>Asignación financiera y Acuerdo: Piñón perinatal, Inc. se ha comprometido a ver a cada paciente que tiene necesidad. Es importante para nosotros que todos los pacientes reciban la atención adecuada. Sin embargo, estamos obligados a cobrar a cada paciente de acuerdo con nuestros honorarios de la disposición, independientemente de si o no él/ella tiene un seguro. Vamos a trabajar con cada paciente sin seguro sobre una base individual para establecer un plan de pagos razonable si él/ella no tiene los medios para pagar por toda la estancia en el momento del examen. Por favor, recuerde que el seguro se considera un método de reembolso al paciente para los honorarios pagados al médico y no es un sustituto para el pago. ES responsabilidad de cada paciente para pagar cualquier cantidad deducible, coaseguro, o cualquiera de los servicios no cubiertos no pagados por su seguro. Por favor, háganos saber si usted tiene sugerencias sobre cómo podemos responder mejor a sus necesidades.</p> <p>Solicito que el pago de beneficios de seguro Medicare y/o autorizado se hagan en mi nombre por cualquiera de los servicios proporcionados por mi Piñón perinatal, Inc. Autorizo Piñón perinatal, Inc., y sus agentes, el acceso a mi información médica según sea necesario para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada como válida como un original. Por la presente autorizo dicho cesionario para descargar toda la información necesaria para asegurar el pago. Además, entiendo que yo soy responsable de asegurar todos los pagos que hacen.</p>			
Firma (Paciente o padre, di menor de edad) _____			Fecha: _____

## Aviso de prácticas de privacidad

*Doy mi consentimiento para el uso de la divulgación de mi información de salud protegida por Piñón Perinatal con el propósito de brindar tratamiento diagnóstico o para mí, obtener el pago de mis cuentas de atención médica o para llevar a cabo la operación de atención de la salud de Piñón Perinatal. Entiendo que el diagnóstico o el tratamiento de mí por cualquier médico y/ o ultra-eco grafista empleado por Piñón Perinatal podrán depender de mi consentimiento como lo demuestra mi firma en este documento.*

*Entiendo que tengo el derecho de solicitar una restricción en cuanto a cómo mi información de salud protegida se utiliza para revelar a llevar a nuestro tratamiento, pago o atención de la salud funcionamiento de la práctica. Piñón Perinatal no está obligado a aceptar las restricciones que puedo pedir. Sin embargo, si Piñón Perinatal de acuerdo a una restricción se impone a Piñón Perinatal cualquier médico y / o ultra-eco grafista empleado por Piñón Perinatal.*

*Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que Piñón Perinatal ha tomado acciones de seguridad en este consentimiento.*

*Aviso de Prácticas de Privacidad del Piñón Perinatal ha sido proporcionado a mí. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y divulgación de mi información de salud protegida que ocurrirá en mi tratamiento, el pago de mis cuentas o en la realización de operaciones de atención médica de Piñón Perinatal. El Aviso de Prácticas de Privacidad de Piñón Perinatal también se proporciona en la zona de espera del paciente. Este Aviso de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y los deberes de Piñón Perinatal con respecto a mi información de salud protegida.*

*Piñón Perinatal se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad descritas en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Yo puedo obtener un aviso revisado de prácticas de privacidad mediante la solicitud, por escrito, que una copia revisada se enviará por correo o solicitando una en el momento de mi próxima cita. Acuso recibo del aviso de privacidad. Piñón Perinatal me puede llamar con recordatorios de citas, cancelaciones, y puede dejar mensajes de correo de voz en mi casa o lugar de trabajo*

\_\_\_\_\_  
*Firma de Paciente o Representante Personal*

\_\_\_\_\_  
*Nombre de paciente o Representante Personal*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Descripción de Autoridad del Representante Personal*