

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL PACIENTE FECHA: _____

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (____) _____ Teléfono del trabajo (____) _____ Celular (____) _____

SSN # _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / _____

La mejor hora para llamarlo es: _____ A.M. _____ P.M. en mi teléfono _____ Home _____ Teléfono del trabajo _____ Cell _____

Compruebe que aplique: ___ Menor ___ Soltero ___ Casado ___ Separado ___ Viudo Divorciado ___

Los cónyuges o Nombre del padre: _____ Teléfono del empleador _____ Trabajo _____

¿A quién le podemos agradecer por su referencia? _____

Persona de contacto en caso de emergencia _____ Relación _____ Phone _____

Email Address: _____

SECCIÓN II: PARTE RESPONSABLE

Relación con el Paciente: ___ Yo ___ Esposo ___ Padre ___ Otro _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono (____) _____

Empleador: _____ Teléfono del trabajo (____) _____

Número de Seguro Social # _____

SECCIÓN III: INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el Paciente _____

SSN # _____ Nombre del Empleador _____ Teléfono del Trabajo (____) _____

Dirección del empleador: _____ Ciudad _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Compañía de Seguros _____ Miembro ID # _____ Grp # _____

Ins Co Dirección: _____ Ins Co. Teléfono: _____

***** ¿TIENE SEGURO ADICIONAL: ___ Sí ___ No En caso afirmativo, complete la siguiente *****

Nombre del asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____ Relación al paciente _____

SSN #: _____ Nombre del empleador: _____ Teléfono del trabajo (____) _____

Dirección del empleador: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Compañía de Seguros _____ Miembro ID # _____ Grp # _____

Ins Co Dirección: _____ Ins Co. Teléfono (____) _____

AUTHORIZTION para liberar y asignar beneficios. Por la presente cedo, transfiero y de Rapha Clínica Médica todos mis derechos, título e interés para los beneficios médicos de reembolso bajo mi póliza de seguro. Autorizo la divulgación de mi información médica necesaria para determinar estos beneficios. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos si están cubiertos por mi seguro. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Yo doy consentimiento para el tratamiento de mi condición médica y obtener información al médico de otras fuentes que me sea pertinente para la continuación de mi cuidado.

Firme _____ *Fecha* _____

PRapha Medical Clinic

Política Financiera

Estamos felices de que nos haya elegido como su proveedor de atención médica primaria. Como socio en nuestra relación, es importante que usted entienda y está de acuerdo en nuestra política financiera.

En primer lugar debemos entender que nuestra relación es con usted como nuestro paciente. **Su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros y posiblemente su empleador. Usted es responsable de entender su póliza y sus términos, incluyendo referencias y certificaciones previas necesarias antes de su visita.**

Es su responsabilidad que nos proporcione sus datos de facturación más actualizada para incluir: identificación de seguro Tarjeta, la dirección, los números de teléfono disponibles, e información de contacto. Estos deben ser actualizados en cada visita.

Antes de que podamos proporcionar servicios, lo primero que debe verificar que estamos participando con los proveedores de su compañía de seguros. Si estamos participando con su proveedor de seguros, es posible que no todos los servicios están cubiertos por su seguro, si es así, usted es responsable del pago de estos servicios.

Si no somos proveedores de su compañía de seguros, **PAGO COMPLETO** es debido antes del servicio. Vamos a presentar su solicitud siempre y cuando se paguen en su totalidad al momento del servicio.

Todos los co-pagos y deducibles deben ser pagados al momento del servicio. Estas son estimaciones proporcionadas por su compañía de seguros. Usted es responsable de pagar cualquier diferencia en las estimaciones lo que realmente paga por su seguro, ya que estos números son a menudo diferentes.

Nosotros le enviaremos una declaración sobre una base mensual de los saldos adeudados. **Estos deben ser pagados en su totalidad dentro de los 30 días. Si usted tiene un saldo vencido no vamos a programar una nueva cita hasta que todos los saldos se pagan en su totalidad.**

Los saldos pueden ser pagados en efectivo o tarjeta de crédito (Visa, Mastercard)

Si su cuenta atrasada es enviada a una agencia de cobro, el pago completo de los cargos anteriores se requiere para que usted para hacer una cita.

Pago completo es debido al tiempo de servicio. He leído y entendido esta Política Financiera.

Firma del Responsable

Fecha

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

RAPHA MEDICAL CLINIC

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Consentimiento Médico y Quirúrgico: Yo, el abajo firmante consentimiento, y autorizo cualquier examen o tratamiento médico y / o servicios prestados al paciente por parte del médico / proveedor o su / su asociado que a juicio de estos profesionales son recomendables durante el curso de diagnóstico y tratamiento. Se entiende que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y no se puede garantizar por cualquier persona en cuanto a los resultados que se lograrán a partir de cualquier diagnóstico o tratamiento.

La exposición accidental de los trabajadores de salud: comprendí que la ley de Texas establece que si un trabajador sanitario está expuesto a la sangre de un paciente u otro fluido corporal, Rapha Medical Clinic puede realizar pruebas en la sangre del paciente u otro fluido corporal para determinar la presencia de la Inmunodeficiencia Humana virus (que es el agente causante del SIDA). Doy mi consentimiento para las pruebas de enfermedades transmisibles, incluyendo pero no limitado a la hepatitis y la sífilis, en el caso de una exposición accidental a un trabajador de salud. Entiendo que la prueba es necesaria para proteger a los que se atiende al paciente.

El que suscribe certifica que él / ella ha leído y acepta esta forma de autorización y es el paciente o el padre del paciente o representante legal autorizado del paciente.

Nombre escrito

Firma

Hombre Parentesco

Fecha

**RAPHA MEDICAL CLINIC
DR. FERGUS AKWAR
3317 ALTA MESA BLVD
FORT WORTH, TX. 76133**

Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

I. Se me ha informado y recibido una copia del *Aviso de Prácticas de Privacidad para Rapha Clínica Médica*. Rapha Clínica Médica se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad describe en el aviso.

II. Autorizo a Rapha personal de la clínica médica para dejar mensajes telefónicos con respecto a mis citas, resultados de pruebas / y atención general a los siguientes números telefónicos designados en el caso de que esté disponible para tomar personalmente la llamada. Me reservo el derecho de modificar esta información en cualquier momento.

Números de teléfono: _____

Números de teléfono: _____

III. Divulgación de Información a Familiares u Otras Personas Designadas

Las siguientes personas son las personas que me gustaría participar en o tener acceso a mi información protegida de la salud sobre una base rutinaria. Yo autorice para Rapha Clínica Médica para compartir mi información de salud protegida con:

Nombre	Relacion	Numero de telefono
--------	----------	--------------------

Nombre	Relacion	Numero de telefono
--------	----------	--------------------

Nombre	Relacion	Numero de telefono
--------	----------	--------------------

Nombre de paciente: _____ Fecha de Nacimiento: __/__/__

Numero de seguro social: _____

Firma del Paciente o Representante del Paciente Firma

Fecha

Relación con el Paciente (necesario si el paciente es un menor o adulto una que no puede firmar este formulario.)



3317 Altamesa Blvd. Fort Worth, TX 76133
Tel (817)-292-2011 Fax (817)292-369

POLIZA DE NO AVISAR

Cada vez que un paciente pierde una cita sin noticia previa , otro paciente es prevenido de recibir cuidado. Nos reservamos la autoridad de cobrar cargos por las ocurrencias.

Abra un cargo de \$10.00 dolares que sera aplicado a su cuenta, **si usted falla al notificar** la officina, la cancelacion debe ser por lo menos **24 horas** antes de su cita.

De tal forma nuestra officinal tratara de localizarle un dia antes para su recordatorio de su cita.

Al firmar abajo usted esta conciente y tiene entendido de la poliza de nuestra officina.

Normbre

Firma

Fecha

Rapha Medical Clinic

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor revise detenidamente este aviso.

Tenga en cuenta que no vamos a usar o divulgar su información médica para cualquier propósito que no figuran a continuación sin su autorización específica por escrito. Cualquier autorización específica por escrito que usted proporcione puede ser revocada en cualquier momento por escrito a la dirección indicada al final de este aviso.

Historia Clínica: Creamos un registro del cuidado y servicios que recibe en nuestra clínica. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales.

Para tratamiento: Podemos usar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento médico de los servicios. Podemos revelar información médica sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otras personas que cuidan de ti.

Para el Pago: Podemos utilizar y divulgar su información médica para fines de pago. La factura puede ser enviada a usted oa un tercero pagador. La información que acompaña la factura puede incluir su información médica.

Para operaciones de atención médica: Podemos utilizar y divulgar su información médica para nuestras operaciones de atención médica. Esto podría incluir la medición y mejora de la calidad, la evaluación del desempeño de los empleados, la realización de programas de formación, y conseguir la acreditación, certificados, licencias y credenciales que necesitamos para servirle.

Uso Público: Podemos utilizar y divulgar su información médica cuando federal, estatal o local nos obliga a hacerlo.

Cambios: Tenemos el derecho de hacer cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso será efectivo para toda la información médica que mantenemos, incluyendo la información previamente creada o recibida antes de los cambios. Antes de hacer un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y tendremos el nuevo Aviso disponible bajo petición.

Quejas / Comentarios: Si usted tiene algún comentario o queja respecto a nuestra política de privacidad o si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados debe comunicarse con:

Privacy Officer
Rapha Medical Clinic
3317 Alta Mesa Blvd
Ft. Worth, TX, 76133

OR

Secretary of the Dept. of Health/Human Svcs
200 Independence Ave., SW Room 509 HHS Bldg.
Washington , D.C. 20201

ESTA POLITICA ES EFECTIVA 16 DE OCTUBRE 2006