



Patient Registration

Bienvenido a nuestra oficina. Nuestra meta es brindarle una experiencia excepcional en todas y cada una de sus visitas. Por favor ayúdenos con la siguiente información. Toda la información es confidencial y sólo se puede brindar a otra persona con su consentimiento. Por favor llene los espacios en blanco de cada la línea.

Datos Demográficos del Paciente				
Nombre del Paciente	Fecha de nacimiento	Sexo	Edad	Raza
Nombre del Padre del Paciente si es menor de edad.			Estado Civil	
Numero de Seguro Social del Paciente		Numero de Identificacion o Licencia de Manejo.		
Direccion.	Ciudad	Estado	Codigo Postal.	
Direccion de Correo Postal si es diferente.		Ciudad	Estado	Codigo Postal.
Numero Telefonico de Casa	de Trabajo		Celular	
Correo Electronico:				
Ocupacion		Nombre de la Compania		
Direccion de la Compania	Ciudad	Estado	Codigo Postal	
Nombre de Su esposa (o)				
Nombre de su Doctor primario oh algun otro Doctor.				
A quien podemos agradecer por referirlo (a) con nosotros?.				
En caso de Emergencia				
Nombre		Relacion		
Direccion	Ciudad	Estado	Codigo Postal	
Numero Telefonico de Casa	de Trabajo		Celular	
Pariente mas cercano que no viva con usted.				
Numero Telefonico de Casa		Celular / Trabajo		
Informacion Financiera; Persona Responsable de los Honorarios.				
Primer Aseguranza		Telefono.		
Numero de Poliza		Grupo	Fecha de Vigencia	
Es usted la persona principal en su Aseguranza?		SI	No	
Nombre del Suscriptor	Fecha de Nacimiento del Suscriptor	Numero del Seguro Social del Suscriptor		
Segunda Aseguranza				
Numero de Poliza		Grupo	Fecha de Vigencia	
Nombre del Suscriptor	Fecha de Nacimiento del Suscriptor	Numero del Seguro Social del Suscriptor		



Consentimiento Para Su Tratamiento.

Yo autorizo y consiento que cualquiera de los siguientes médicos, M. Reza Mizani, MD, Varshasb Broumand, MD, Naushad Zafar MD, Luis E. Vélez MD, Qasim Ali Butt MD, Abhijeet Goyal MD, John W. Idoux MD, Carolina Arias, MD, Christine L. Gear, MD, Yanilda Núñez, MD, Lauren E. Tarbox, MD, Pavan Devulapally, MD, Samy Riad, MD y , ayudantes técnicos y otros proveedores de atención de salud, me realicen estudios, evaluaciones o tratamiento, incluyendo la administración de medicamentos cuando se considere médicamente necesario para el mejoramiento de mi salud. Asi mismo entiendo que cualquier prueba o tratamientos se me serán explicados antes de su procedimiento, como paciente tengo derecho a realizar preguntas referente al tratamiento para asi poder despejar cualquier duda que se me presente .

Firma del Paciente o Persona Responsable.

Nombre del Paciente o Responsable en Letra Imprenta

Fecha.

Autorizacion y Asignacion de Beneficios.

Nombre del Proveedor: M Reza Mizani, MD PA dba South Texas Renal Care Group.

Autorizo la divulgación de cualquier información medica necesaria para procesar el pago de mi factura medica.

Tambien autorizo pagos bajo los programas de mi aseguranza que se hacen directamente con el nombre del proveedor mencionado anteriormente para cualquiera de los servicios prestados a mi persona.

Esta autorizacion tambien permite la divulgacion de Informacion por correo (sus intermediarios y transportistas) para hacer llegar las facturas medicas a la aseguranza correspondiente .

Yo permito imprimir copias de esta autorizacion para ser ser utilizadas en lugar de la original.

Firma del Paciente o Persona Responsable

Nombre del Paciente o Persona Responsable en letra Imprenta

Fecha



Formulario de Privacidad del Paciente

Con el fin de respetar las privacidad de su información medica, por favor tome un momento para responder a las siguientes preguntas:

- Indique cualquier miembro(s) de su familia o personas implicadas en su cuidado para que podamos discutir su condicion medica.

Esposo (a): Si No Nombre: _____

Otros : _____

<i>Nombre</i>	<i>Relacion</i>	<i>Numero de Telefono</i>
---------------	-----------------	---------------------------

<i>Nombre</i>	<i>Relacion</i>	<i>Numero de Telefono</i>
---------------	-----------------	---------------------------

<i>Nombre</i>	<i>Relacio</i>	<i>Numero de Telefono</i>
---------------	----------------	---------------------------

- Si por alguna razón, no podemos comunicarnos con usted por teléfono, podemos dejar un mensaje detallado en su contestador automático?

SI

No

- He recibido por parte de South Texas Renal Care group la notificacion de privacidad del paciente.

Si

No

Nombre del Paciente (Letra Imprenta)

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente

Fecha

Firma de la persona Legal o Representante (Si es aplicable)

Fecha

____ *Padre o Persona Legal del Paciente.*

____ *Poder Legal para el cuidado de salud y atencion Medica.*



Política Financiera.

Estamos comprometidos a ofrecerle la mejor atención médica disponible. Nuestro personal estará encantado de discutir nuestros honorarios y esta política con usted en cualquier momento. Su comprensión clara de nuestra política financiera mejorará nuestra relación profesional. Gracias por su revisión y aceptación de esta política.

- Todos los nuevos pacientes deben completar nuestro paquete de información del paciente antes de ver al médico.
- El pago total por nuestros servicios se pagara en el momento del servicio, salvo que se realice un mutuo acuerdo de formas de pago con nuestro personal de oficina.
- **Aseguranza (s)**
Usted es responsable por el pago puntual de su cuenta. El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de este contrato, ni podemos intervenir en las disputas entre usted y su compañía de seguros en relación con los deducibles, co-pagos, los cargos cubiertos, seguro secundario, cargos "normales y habituales", etc No podemos ser responsables de conocer cada plan y cada pago que se hará. Hay algunos procedimientos que se realizan en nuestras oficinas que no son procedimientos quirúrgicos, pero nos vemos obligados por las directrices de seguros para informar del procedimiento en virtud de un código seguro de que su compañía de seguros puede clasificar como la cirugía. Si estos procedimientos van hacia su deducible, se le facturarán los cargos. Nuestra participación se limitará al suministro de información objetiva para facilitar el procesamiento de reclamaciones.
- **Para los planes HMO y PPO**
Los co-pagos y deducibles deben pagarse en el momento de su visita, dependiendo de cada caso.
- **Medicare**
Estamos participando con proveedores de Medicare, por lo tanto aceptamos la asignación de pago de sus facturas. También estamos obligados por Medicare en presentar sus reclamos por usted. Así Medicare nos pagara directamente y le proporcionará una copia de su factura mejor conocida como EOB. (Explicación de Beneficios) que detalla los subsidios, pagos, y / o negaciones.
- **Terceros (no HMO / PPO) o complementarios (segundas aseguranzas)**
No podemos enviar las facturas a las compañías de seguros para la cual no somos proveedores o con las que Medicare no coordina beneficios. Nosotros le proporcionaremos la información que necesita para presentar su reclamo a la aseguranza correspondiente ya sea primaria o secundaria.

He leído y comprendido la política financiera de South Texas Renal Care Group.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre del Paciente o Representante Legal (letra Impreta): _____



Authorizacion para el uso y divulgación, protegiendo la información de salud del paciente (PHI)

Nombre Legal del Paciente	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social (Opcional)
Direccion		
Ciudad	Estado	Codigo Postal

Información que se entregará al (solicitante)	Nombre del Proveedor que usted autoriza dar información	
Nombre		
Direccion		
Ciudad	Estado	Codigo Postal

Esta autorizacion expirara en la fecha : _____ . Si no especifica una fecha de vencimiento, esta autorizacion expirara 12 meses despues de la fecha que se firmo.

Proposito de Divulgacion:

Atencion Medica
 Legal
 Aseguranza
 Personal
 Otra: _____

Descripcion de la informacion que va ser utilizada o divulgada Comenzando: _____ Terminando: _____

	Comenzando	Terminando		Comenzando	Terminando
<input type="checkbox"/> Toda la información medica			<input type="checkbox"/> Informes de Consulta		
<input type="checkbox"/> Informes de su Historial y Reportes Fisicos			<input type="checkbox"/> Resumen Medico		
<input type="checkbox"/> Notas de Progreso			Declaracion de la facturacion detallada		
<input type="checkbox"/> Reporte de los Diagnosticos			Informacion del Formulario del Paciente		
<input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio			Alguna otra especificacion: _____		

La información de salud protegida (PHI) se enumeran a continuación se dará a conocer cuando se incluye en la información médica anteriormente, a menos que se indique específicamente lo contrario.

Informacion Psiquiatrica /Mental
 Informacion Genetica Sida/ VIH
 Informacion de Abuso de Drogas/Alcohol/Otras Sustancias
 Otras: _____

Yo entiendo que:

1. Puedo negarme a firmar esta autorizacion que es etricamente voluntaria.
2. Si no firmo este formulario, mi cuidado de salud y el pago de mi cuidado de salud no se verá afectado a menos que se indique lo contrario.
3. Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento por escrito y debo presentar la revocación por escrito al proveedor autorizado al entregar la información de salud protegida. Entiendo que si hago revocar esta autorización no se aplicará a la información que ya ha sido puesto en libertad a esta autorización.
4. Si el solicitante o receptor no es un proveedor de plan de salud o de atención de la salud, la información divulgada ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad y puede ser revelada.
5. Yo entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario que incluye mi registros medicos, por una cantidad de dinero razonable al momento de solicitar una copia.

He leído lo anterior y autorizó la divulgación de la información médica protegida según lo indicado:		
Firma del Paciente : _____	Fecha: _____	
Firma del Representante del Paciente (si es applicable)	Relacion con el Paciente	Fecha: _____



South Texas Renal Care Group

Política de Perdida o Cancelacion de Citas del Paciente.

Nos esforzamos por ofrecer a nuestros pacientes una atención médica excepcional y hacemos todo lo posible para dar cabida a las necesidades de programación de nuestros pacientes; Así que a continuación le presentamos nuestra política con respecto a pérdidas, impuntualidad y cancelación de citas sin previo aviso.

Si un paciente no puede mantener su cita, deben avisar por lo menos veinticuatro horas antes de la cita ya sea por email o llamando al (210) 212-8622. Si nuestro personal no contesta su llamada por favor de dejar un mensaje detallado de correo de voz en nuestro contestador automático o con nuestro servicio de contestador y un miembro de nuestro equipo lo devolverá la llamada lo mas pronto posible para reprogramar su cita.

La cancelación de ultima hora se define como un paciente que no se presenta a la cita sin previo aviso.

Para las citas donde el paciente por X motivo no puede llegar a la hora de su cita, favor de llamarnos y notificarnos que llegara después de la hora programada .

Nos reservamos el derecho a dejar de prestar nuestro servicio a los pacientes que faltan a dos o más citas o que cancelen dos o más citas sin previo aviso de por lo menos de veinticuatro horas antes de la cita programada. También nos reservamos el derecho de prestar nuestro servicio a los pacientes que llegan tarde a tres o más citas. Esta política se aplica a todos nuestros pacientes, independientemente de su raza, religión, color, sexo, edad, discapacidad, origen nacional, orientación sexual, estructura genética o cualquier otra base o clase protegida cubierto por las leyes federales, Estatales o Locales.

Firma del Paciente : _____

Fecha: _____

Nombre del Paciente o Representant (Letra de Imprenta): _____