



Tyler Cardiovascular Consultants, P.A.
EXPERIENCE. HEALING.

FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACION DEL PACIENTE:

Apellido: _____ Nombre: _____ ISN: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____

Casa Tel. #: _____ Trabajo #: _____ Cel. #: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS #: _____ Genero: Masculino Femenino

Etnia: _____ DL #: _____ Correo electrónico: _____

Nombre y dirección del empleador: _____ Ocupación: _____

Estado civil: _____ Nombre del conyugue: _____

Medico que lo envió: _____ Tel. #: _____

Medico personal: _____ Tel. #: _____

INFORMACION DEL SEGURO:

Nombre y dirección de la aseguradora: _____

Póliza #: _____ Grupo #: _____ Red: _____

Nombre del asegurado: _____ Relación con el paciente: _____

SS #: _____ Fecha de nacimiento: _____ Ocupación: _____

Nombre y dirección del empleador asegurador: _____

Nombre y dirección de la segunda aseguradora: _____

Póliza #: _____ Grupo #: _____ Red: _____

Nombre del asegurado: _____ Relación con el paciente: _____

SS #: _____ Fecha de nacimiento: _____ Ocupación: _____

Nombre y dirección del empleador asegurador: _____

EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR A:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Tel. #: _____

Iniciales del paciente _____

Continúa al reverso

AUTORIZACION DEL PACIENTE**Iniciales****ACEPTACION DEL TRATAMIENTO**

Yo voluntariamente acepto recibir atención, servicios médicos y de salud proporcionados por Tyler Consultores Cardiovasculares que mi médico considera necesario para mi diagnóstico y tratamiento. Entiendo que tales servicios pueden incluir procedimientos de diagnóstico, exámenes y tratamiento. Reconozco que no se me ha dado seguridad o garantía de curación. También reconozco que puedo ver otro médico estando bajo el cuidado de Tyler Consultores Cardiovasculares.

ASIGNACION DE BENEFICIOS

Yo designo todos los beneficios del seguro por los servicios médicos y de salud que estoy recibiendo por parte de los médicos y/o equipo y personal de Tyler Consultores Cardiovasculares para ser pagadero a Tyler Consultores Cardiovasculares, PA. Yo certifico que he dado toda la información correspondiente a todas las coberturas del seguro por el cual estoy cubierto.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Yo me hago responsable por todos los costos de los servicios de salud que no estén cubiertos por Medicare, Medicaid u otros. Así como a hacer los pagos a Tyler Consultores Cardiovasculares.

HIPAA Notificación de prácticas privadas

Reconozco que he tenido acceso a una copia de la notificación de práctica privada de Tyler Consultores Cardiovasculares

Esta asignación/consentimiento/autorización se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de esta será considerada tan válida como la original. Entiendo que soy financieramente responsable por los cargos no pagados por la aseguradora o aseguradoras.

Firma del Paciente/persona autorizada legalmente

Fecha

Nombre completo y su relación con el paciente

Testigo

Autorización para dar información privada de la salud del paciente,

Yo, _____, por este medio autorizo al equipo médico de Tyler Consultores Cardiovasculares para entregar o dar la información privada sobre mi salud, a mi misma o a cualquiera de las personas relacionadas abajo, vía telefónica, fax, correo, o correo electrónico. Autorizo a CVC para dar información de citas, obligaciones financieras a las personas, números de teléfonos, o direcciones listados en esta forma. Entiendo que esta autorización estará vigente hasta que yo decida revocarla por escrito.

Persona(s) autorizada(s)

Relación con el paciente

Yo NO quiero que CVC de ningún tipo de información vía email.

Firma de paciente

Fecha