



**Acton Medical Clinic**

**Formulario de inscripcion del paciente**

Firma del Paciente/ Garante: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

**Acuerdo: Por Favor Lea Cuidadosamente Y Firme En La Parte De Abajo.**

**Consentimiento para el Tratamiento:**

Doy mi consentimiento al tratamiento necesario para el cuidado del paciente mencionado arriba. Autorizo la divulgacion de todos los registros medicos a los proveedores de atencion medica a los que se me ha referido y a mi compania de Seguro medico, si corresponde. Si es necesario, permit el envoi por fax y/o entrega electronica y segura amparada por la Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de todo mi expediente medico.

**Responsabilidad Financiera:**

Todos los copagos del Seguro medico deben ser pagados al momento de la visita. Todos los pacientes con cuentas que pagan por si-mismo se les pediran traer un pago en cada visita. A los pacientes que han hecho arreglos de pagos y/o recibido una fractura mensualmente deberan dar un pago dentro de treinta dias desde la fecha de la facture. Si usted tiene alguna pregunta sobre el pago, por favor avise al department de facturacion. Nosotros le cobraremos a su compania de Seguro medico por usted. Sin embargo, su cuenta sigue su responsabilidad.

**Autorizacion de Seguro medico:**

Entiendo la poliza financiera mencionada arriba y acepto la responsabilidad financiera. Al firmar abajo, yo asigno al Acton medical clinic todos los pagos adeudados de mi compania de Seguro medico por los servicios prestados.

**Divulgacion de Informacion:**

Si no pueden contactarme Pueden:

Dejar un mensaje detallado en mi maquina de contestacion en casa  SI  No  No Aplica

Dejar un mensaje detallado en mi telefono de celular  Si  No  No aplica

Dejar un mensaje detallado en mi lugar de trabajo  Si  No  No aplica

Platicar de mi condicion medica con miembros de mi hogar  Si  No  No aplica

Platicar acerca de mis citas medicas con miembros de mi hogar  Si  No  No aplica

Si marco que si,  Con cualquiera  Especificamente: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para Solicitar Atencion Medica para los Menores:**

Las siguientes personas estan autorizadas a acceder atencion medica de servicios que no estan relacionados con examines fisicos o servicios preventivos para el nino mencionado arriba:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

**Acton Medical Clinic**  
**Formulario De Inscripcion Del Paciente**

**Consentimiento Para Usar O Divulgar Informacion Medical**

Yo autorizo a acton medical clinic para que use y divulgue la informacion medica de \_\_\_\_\_ con los propósitos de tratamiento, Paga y Operaciones de Atencion Medica.

- **Tratamiento** (incluye actividades realizadas por un proveedor medico, enfermera, personal del laboratorio, empleados de la oficina, y otros tipos de profesionales medicos que le brindan atencion medica, coordinacion o manejo de su cuidado con terceras identidades, y consultaciones con y entre otros medicos. Este consentimiento incluye tratamiento proveido por cualquier personal medico que cubre nuestra clinica por telefono como el personal medico que toma llamadas fuera de las otras de trabajo.
- 
- **Pago** ( Incluye actividades involucradas para determinar su elegibilidad de la cobertura de su plan de Seguro medico, facturacion y recibir pago por sus reclamos de benedicio de salud, y utilizacion de manejo de actividades que pueden incluir revision de los servicios de salud para la necesidad medica, justificacion de cargos, pre-certificacion y preautoracion.

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar este Consentimiento siempre y cuando lo haga por escrito, except cuando Acton medical clinic ya haya usado o divulgado la informacion dependiendo en los terminus de este Consentimiento.

\_\_\_\_\_  
(fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma del paciente)

Acton Medical Clinic

Formulario De Inscripcion Del Paciente

**Como paciente, estoy de acuerdo con lo siguiente:**

- Me comprometo a tratar al personal y a los clientes de Acton Medical Clinic con dignidad y respeto.
  - Sere puntual. Llegare a la hora especificada de llegada para mi cita.
  - Cancelare mis citas por lo menos 2 horas antes de mi cita o sera considerado como una " falta". Repetidas "Faltas" podrian tener como consecuencia perder los privilegios de hacer citas en el futuro.
  - Me han dado la oportunidad de hacer preguntas que tengo acerca de la atencion medica que recibo en AMC.
  - Puedo solicitar una copia de todos los documentos de autorizacion tal como el Aviso de Practicas de Privacidad (Notice of Privacy Practices (HIPAA)), Las Responsabilidades del Paciente, Y Las Responsabilidades y Deberes del AMC.
  - Entiendo que los ninos no pueden quedarse solos en el area de espera mientras estoy en mi consulta siendo tratado/a.
- 
- El pago es requerido al momento del service a menos de que haiga hecho arreglos previos con el departamento de facturacion de AMC.

Firmar: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del paciente/padre/ Tutor legal (favor de circular una)

Por favor imprima el nombre complete y la relacion hacia el paciente si el padre/madre no puede firmar este document

Firmar: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del paciente/ Padre/ Tutor legal ( favor de circular una)

Acton Medical Clinic

## Informacion Del Seguro Medico

Nombre del Seguro \_\_\_\_\_ numero de ident del miembro \_\_\_\_\_  
Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ N. de grupo \_\_\_\_\_  
Relacion con el paciente: \_\_\_ Padre/Tutor legal \_\_\_ Conyuge \_\_\_ companero \_\_\_ usted mismo  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

### Consentimiento y autorizacion

1. Solicito atencion a acton medical clinic o una de sus entidades afiliadas para el tratamiento de mi condicion de salud mental o medical y/o para la atencion intensive o de rutina de mi recién nacido. Esta atencion puede incluir analisis medicos, exámenes u otros tratamientos que son necesarios para mi conicion. Estoy de acuerdo con esto.
2. Esta firma nos autoriza a presenter la informacion requerida sobre sus servicios medicos a su Asegurador de la atencion medica para el pago. La autorizacion Tambien permite el pago de los beneficios directamente al proveedor de sus servicios.
3. Autorizo la enterga de cualquier information medica o de otro tipo necesaria para procesar esta reclamacion. Tambien autorizo el pago de los benficios medicos / del gobierno al medico/ proveedor del servicio descrito en esta reclamcion.
4. Entiendo que cualquier saldo luego del pago de la compania de seguros o **servicios no reembolsados por mi compania de seguros** son mi responsabilidad por pronto pago. Si yo no produzco o confirm que se obtuvo una derivacion valida segun lo requiere mi compania de seguros que responsable por la falta de pago de dichos cargos.

### Infuormacion del Seguro y de pago

Las entidades afiliadas de acton medical clinic reciben el pago por la atencion de pacientes de companies de Seguro, medicare, y/o otros programas de terceros.

5. Acuerdo que mi compania de seguros, medicare u otros progamas de pago terercos hagan los pagos directamente a acton medical clinic y/o sus entidades afiliadas.
6. Acuerdo dejar que mis medicos y/o acton medical clinic presenten reclamaciones y la informacion requerida dele tratamiento a mi compania de seguros, medicare u otro progama de pago de terceros por mi atencion y a que reciban directamente el pago.
7. Entiendo que debo pagar todos los cargos, copagos y deducibles que no esten cubiertos por mi compania de seguros, medicare u otro programa de pago de terceros.

Permiso are comunicarse con su medico de atencion primaria y/o otors proveedores de atencion comunitaris: Para poder asegurar la continuidad de la atencion, a menudo es necesario comunicar informacion a su medico de atencion primaria, otros proveedores de atencion comunitaria y a su compania de seguros. Estas Comunicaciones pueden incluir informacion sobre su tratamiento medico y tratmiento de salud mental o abuso de substance. Esta informacion se limita a la que sea necesaria para la determinacion de la cobertura y la coordinacion de su atencion. Muchas companies de seguros requiern que documentemos si permitira o no que el clinco se comunique con su medico de atencion primaria y/o compania del Seguro medico.

Firma del paciente/ garante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del personal \_\_\_\_\_ Elpaciente rehusa firmar \_\_\_\_\_