

Formulario de registro del paciente

Fecha: ____/____/____

Información del paciente	Apellido del paciente: _____	Primer nombre del paciente: _____	Inicial del segundo nombre: _____
	Nombre preferido: _____	Fecha de nacimiento: _____	Sexo de nacimiento: ☐ Hombre ☐ Mujer
	N.° de seguro social: _____	Escuela: _____	Celular: _____
	Direcciones de correo electrónico: _____	Teléfono de casa: _____	
	Dirección de la casa: _____	Ciudad, estado, código postal: _____	

Padre/tutor (si es menor de 18)	Nombres de los tutores: _____		
	El paciente vive con (marque todo lo que corresponda): ☐ Madre ☐ Padre ☐ Madrastra ☐ Padrastro ☐ Abuelos ☐ Otro: _____		
	Nombre completo del tutor principal: _____	Fecha de nacimiento: _____	
	Ocupación: _____	Dirección de correo electrónico: _____	Celular: _____
	Dirección (si es diferente): _____	Ciudad, estado, código postal: _____	Teléfono del trabajo: _____
	Nombre completo del tutor secundario: _____	Fecha de nacimiento: _____	
	Ocupación: _____	Dirección de correo electrónico: _____	Celular: _____
Dirección (si es diferente): _____	Ciudad, estado, código postal: _____	Teléfono del trabajo: _____	

Información financiera	¿Quién es responsable económicamente de esta cuenta? _____	Celular: _____
	Dirección: _____	Ciudad, estado código postal: _____
	N.° de seguro social: _____	Dirección de correo electrónico: _____
		Empleador: _____

Seguros dentales/de ortodoncia	Nombre completo del titular principal de la póliza: _____	Fecha de nacimiento: _____
	N.° de seguro social: _____	Relación con el paciente: _____
	Dirección: _____	Ciudad, estado, código postal: _____
	Empleador: _____	Compañía de seguro: _____
	N.° de grupo: _____	Teléfono del seguro: _____

Seguros dentales/de ortodoncia	Nombre completo del titular secundario de la póliza: _____	Fecha de nacimiento: _____
	N.° de seguro social: _____	Relación con el paciente: _____
	Dirección: _____	Ciudad, estado, código postal: _____
	Empleador: _____	Compañía de seguro: _____
	N.° de grupo: _____	Teléfono del seguro: _____

Seguros médicos/de visión	Nombre completo del titular principal de la póliza: _____	Fecha de nacimiento: _____
	N.° de seguro social: _____	Relación con el paciente: _____
	Dirección: _____	Ciudad, estado, código postal: _____
	Empleador: _____	Compañía de seguro: _____
	N.° de grupo: _____	Teléfono del seguro: _____

Seguros médicos/de visión	Nombre completo del titular secundario de la póliza: _____	Fecha de nacimiento: _____
	N.° de seguro social: _____	Relación con el paciente: _____
	Dirección: _____	Ciudad, estado, código postal: _____
	Empleador: _____	Compañía de seguro: _____
	N.° de grupo: _____	Teléfono del seguro: _____

Médicos	Médico del paciente: _____	Ciudad, estado: _____
	Última visita: _____	Motivo de la visita: _____
	Último examen físico: _____	
	Otros médicos/proveedores de atención médica: _____	Ciudad, estado: _____
	Motivo de la atención: _____	
	Otros médicos/proveedores de atención médica: _____	Ciudad, estado: _____
	Motivo de la atención: _____	

Reconocimiento del Aviso de prácticas de privacidad publicado. Hay copias disponibles si se solicitan.

Me ofrecieron y leí el Aviso de prácticas de privacidad de este consultorio.

_____/____/____

Firma del paciente (o del tutor, si es menor de 18 años) Fecha

*****Solo para uso del consultorio*****

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo porque:

☐ La persona se negó a firmar ☐ Las barreras de comunicación prohibieron obtener el reconocimiento.

☐ Una situación de emergencia evitó que obtuviéramos el reconocimiento ☐ Otro _____

Aviso de privacidad

Revelación de información

Entiendo que este consultorio es parte de una red de consultorios dentales, de la visión y de ortodoncia que incluye entidades separadas. Firmando abajo, autorizo a que se comparta información médica protegida para propósitos de programación, marketing y atención integral. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, enviando un email a compliance@herodvo.com.

_____/____/____

Firma del paciente (o del tutor, si es menor de 18 años) Fecha

Asignación de beneficios

- Autorizo que el consultorio revele información necesaria, incluyendo, entre otros, exámenes, diagnósticos y expedientes de tratamiento, a pagadores externos u otros médicos.
- Autorizo y solicito que mi compañía de seguro asigne los beneficios y le pague directamente al consultorio por los beneficios del seguro que, de otro modo, se me pagarían.
- Entiendo que mi aseguradora puede pagar menos que la factura por los servicios.
- Autorizo que se use mi firma en todas las presentaciones del seguro.
- Acepto hacerme responsable de pagar todos los servicios que me presten o le presten al paciente mencionado arriba.

_____/____/____

Firma del paciente (o del tutor, si es menor de 18 años) Fecha

Consentimiento para comunicarse

Dando un número de teléfono (fijo o celular) o de otro dispositivo inalámbrico, acepto que, para que el consultorio gestione mis cuentas (incluyendo comunicarse conmigo sobre recordatorios de citas, encuestas, obtener ayuda económica potencial para mis cuentas o para cobrar cualquier cantidad que pueda deber, el consultorio puede comunicarse conmigo al número de teléfono proporcionado, lo que podría generar cargos para mí. Acepto expresamente que los métodos de contacto pueden incluir mensajes de texto SMS y llamadas telefónicas. Este consentimiento se aplica a todos los servicios y las facturas asociados a mis cuentas y no es una condición de la compra de servicios. Entiendo que se pueden comunicar conmigo diferentes proveedores que use el consultorio. Entiendo que debo responder STOP a cada forma de mensaje de texto que pueda recibir para dejar de recibirlos.

_____/____/____

Firma del paciente (o del tutor, si es menor de 18 años) Fecha

Hasta donde yo sé, respondí correctamente las preguntas de este formulario.

_____/____/____

Nombre en letra de molde

_____/____/____

Firma del paciente (o del tutor si es un menor)

_____/____/____

Fecha