

MetroHealth Internal Medicine, PC

450 Garrisonville Road, Ste.215

Stafford, VA 22554

Phone: (540) 318-8167 Fax: (540) 318-8165

Información Del Paciente							
Apellido:		Nombre:		Inicial:		Fecha de nacimiento:	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Raza: <input type="checkbox"/> Declinar		Etnicidad: <input type="checkbox"/> Declinar		Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Declinar	
Dirección:				# de Seguro Social (OBLIGATORIO):			
Ciudad:		Estado:		Codigo Postal:		Es usted: (Escoja uno) Soltero/Casado/Viudo/Separado/Divorciado	
Numero Telefónico:			Numero Celular:			Numero del Empleador:	
Correo electrónico:				Empleador:			
Anterior doctor de cabecera:							
Información Del Seguro Primario							
Nombre del Seguro:				Partir de que fecha:			
Nombre del Asegurado:				#de Poliza:		# Grupo:	
Fecha de nacimiento del Asegurado:				Correo Electrónico:			
Relación con el paciente:			Empleador del Asegurado:			Numero telefónico del Empleador:	
Información Del Seguro Secundario							
Nombre del Seguro:				Partir de que fecha:			
Nombre del Asegurado:				# de Poliza:		# Grupo:	
Fecha de nacimiento del Asegurado:				Correo Electrónico:			
Relación con el paciente:			Empleador del Asegurado:			Numero telefónico del Empleador:	
Información De Emergencia							
Nombre:		Relación con el Paciente:		Numero teléfono de casa:		Teléfono Celular:	

Autorizo el pago de todos los beneficios médicos por servicios de salud proporcionados por MetroHealth Internal Medicine, P.C. Entiendo que, aun con cobertura de mi seguro de salud, yo soy el responsable de todos los cargos acumulados hoy y en los futuros servicios provistos por MetroHealth Internal Medicine, P.C.

Garantía de pago: Estoy de acuerdo y entiendo que soy responsable de todo cargo monetario generado por servicios provistos por MetroHealth Internal Medicine, P.C. hoy y en el futuro. En caso de no ser cubiertos por mi seguro acepto pagar dichos cargos más cargos adicionales establecidos en caso de pagos hechos después de 60 días de mi primera notificación (\$55.00) y cargos de colección de 33+1/3% de la cantidad de la deuda, mas costos de nuestros abogados y todas las sanciones civiles previstas en la Sección 8,01-27 y del Código de Virginia (1950) que se impondrán a partir de ese momento.

Yo, _____ (Imprimir el nombre completo) como la parte financiera responsable del paciente antes mencionado estoy de acuerdo con estas declaraciones y autorizo el pago de beneficios médicos a MetroHealth Internal Medicine, P.C. por los servicios prestados.

Firma de la Persona Responsable

Fecha

REGLAMENTO DE LA OFICINA

Horas de Oficina

- Lunes a Jueves 9:00am-5:00pm
- Viernes 9:00am- 12:00pm
- Cerrado para el Almuerzo 12:00pm-1:00pm

Citas

• Llamamos a los pacientes el día anterior para confirmar su cita, si no hay respuesta dejamos un mensaje. Por favor, haga todo lo posible para devolver la llamada antes de las 5:00pm ese día.

- Se requieren 24 horas de anticipación para cancelar todas las citas.
- Se cobrarán \$50.00 por perder la cita sin cancelar. Esta se facturará a usted, y no a su seguro.
- Perder dos citas es motivo de cancelación de la relación médico-paciente.
- El paciente es responsable de conocer su propia cobertura del seguro antes de la visita al consultorio.

Medicamentos

- Para surtir todos sus medicamentos, **por favor llame a su farmacia primero.**
- Se le solicitará una visita al consultorio para surtir sus medicamentos.
- Asegúrese de revisar todos sus medicamentos antes de su visita y solicite prescripciones durante su visita al consultorio.
- Si no ha pedido prescripciones durante su última visita y las necesita, se le dará una nueva cita para surtirla.
- **NO** se prescribe ningún tipo de sustancias narcóticas o de control, incluyendo el manejo del dolor y/o ansiolíticos.

Pacientes sin Seguro

- Nueva visita del paciente son \$165.00, pagada el mismo día.
- Todas las citas después de la inicial son \$120.00, pagada el mismo día de la visita.
- Todas las pruebas realizadas, incluyendo, pero no limitado a, ECG, inyecciones y los laboratorios son un costo adicional pagado el mismo día. **Por favor pregunte por costo antes de hacerse cualquier prueba(s) requerida.**

Imprimir nombre del paciente: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Historia de Salud- Estás siendo tratada por o has tenido alguna de las siguientes condiciones de salud?

Por favor si es aplicable y la fecha aproximada de cuando fueron diagnosticados.

Pacimientos		Fecha	Pacimientos		Fecha
Problemas de alcohol			Presión Sanguínea Alta		
Anemia			Colesterol alto		
Ansiedad			VIH/SIDA		
Asma			Hipertiroidismo		
Problemas de sangrado			Hipotiroidismo		
Coágulos de sangre			Enfermedad Renal		
Cancer Clase:			Niveles bajo de Vitamina D		
Convulsiones			Osteoporosis		
COPD			Osteopenia		
Depresión			Úlcera Péptica		
Diabetes			Problemas de Próstata		
Enfisema Pulmonar			Trastorno Convulsivo		
Reflujo Acido			Apnea del sueño		
Glaucoma			Ataque al corazón		
Corazón			Enfermedades Venéreas		
<i>Arritmias</i>			Gastritis		
<i>Arteria Coronaria</i>			Otros detállelo a continuación:		
<i>Desfibrilador</i>					
<i>Insuficiencia Cardíaca</i>					
<i>Marcapasos</i>					
<i>Palpitaciones</i>					
<i>Stents</i>					
<i>Valvular Cardíaca</i>					
Hepatitis A B C					
other: _____					

Historia Familiar- Tiene alguno de su familia (incluyendo padres, abuelos, hermanos) que han tenido lo siguiente?

Pacimiento	Qué miembro de la familia?
Ataque de corazón	
Cancer	
Presión	
Colesterol alto	
Diabetes	
Problemas del corazón	
Problemas de sangrado	
Asma	
Anemia	
Convulsiones	
Enfermedad Renal	
Problemas de Tiroides	
Defectos Hereditarios	
Ansiedad o Depresión	
Adicción a drogas o Alcohol	
Glaucoma	

Historia Social

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Uso de Alcohol: Nunca Ocasionalmente Moderado Toma todos los días

Uso de Drogas: Nunca En el pasado: _____ Actualmente: _____

Uso de Cigarrillos: Nunca En el pasado Actualmente Cuántos paquetes en un día? _____

Fecha de inicio: _____ Fecha que dejo de fumar: _____

Consumo de Cafeína: Nunca En el pasado Actualmente Cuántas tazas al día? _____

Mayor Grado de Educación: _____

Estado de trabajo actual: _____

Ocupación: _____

Actividad Sexual: Si No

Antecedentes de Enfermedad de Transmisión Sexual:

Nunca Si, qué edad _____ cuales _____

Salud de la Mujer

Edad de primera Menstruación: _____ Edad de la Menopausia: _____ Año de Histerectomía: _____

Último Cyclo Menstrual: _____ Regular Irregular

Embarazos: ____ Embarazos a Término: ____ Aborto Inducido: ____ Aborto Espontaneo: ____ Hijos Vivos: ____

Partos vaginales: ____ Partos por Cesáreas: ____

Anticonceptivos: Ninguno Ligamentos de Trompas Pildora Inyección de Depo Condon IUD

Implanto Subcutaneo (Brazo) Vasectomía (Esposo) Otro: _____

MetroHealth Internal Medicine, PC

450 Garrisonville Road, Ste.215

Stafford, VA 22554

Phone: (540) 318-8167 Fax: (540) 318-8165

AVISO DE PRACTICAS DE INFORMACIÓN

MetroHealth Internal Medicine se dedica a proteger su información médica. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información médica protegida (PHI) y para ofrecerle el Aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respeto a la información de salud protegida (PHI). MetroHealth Internal Medicine está obligado por ley a cumplir con los términos de este aviso.

** PHI –Información de Salud Protegida**

1. MetroHealth puede utilizar y divulgar PHI para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Ejemplos de estos incluyen pero no están limitados a las escuelas solicitan ni los deportes físicos, el recurso a la lactancia o casas de cuidado de crianza, las agencias de salud en el hogar y / o compañías de seguros, agencias de cobro, control de calidad interno, incluida la auditoría y la garantía de los registros.

2. MetroHealth es permitido o requerido para usar o divulgar su PHI sin su consentimiento por escrito de la persona o la autorización en determinada circunstancias. Ejemplos de estos son: para los requisitos de salud pública o las órdenes judiciales.

3. MetroHealth no hará ningún otro uso o divulgación de la PHI de un paciente sin la autorización por escrito de la persona, la autorización podría ser revocada en cualquier momento. La revocación debe ser por escrito.

4. MetroHealth se atendrá a los términos de este aviso actualmente en vigor en el momento de la divulgación.

5. Reservas MetroHealth el derecho a modificar los términos de esta notificación y de hacer nuevas provisiones notificación efectiva para toda la PHI que mantenga. MetroHealth proporcionara a cada paciente con una copia de cualquier revisión de su Aviso de Prácticas de la información en el momento de su próxima visita, o en su última dirección conocida, si es necesario para usar o divulgar PHI y del paciente. Las copias también se pueden obtener en cualquier momento en nuestra oficina.

6. Representante de cualquier paciente, tutor o persona tiene derecho a inspeccionar y obtener copias de sus registros médicos.

7. Representante de cualquier paciente, tutor o persona tiene derecho a solicitar se modifique a su historial médico.

8. Representante de cualquier paciente, tutor o persona tiene derecho a solicitar una contabilidad de seis años de todas las revelaciones de sus registros médicos. La historia será siempre dentro de los 60 días siguientes a la solicitud de cargo y razonables puede ser evaluada por las copias después de la primera solicitud en un periodo de 12 meses.

9. Representante de cualquier paciente, tutor o personas tiene derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo su información médica puede ser usada o revelada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica. La práctica no es necesario llegar a un acuerdo con las restricciones solicitadas, pero si la práctica está de acuerdo. La práctica debe cumplir con esas restricciones.

10. Cualquier persona / paciente puede presentar una queja a la práctica ya la Secretaria de Salud y Servicios Humanos si cree que sus derechos han sido violados. Todas las quejas serán tratadas y los resultados serán reportados al Oficial de Privacidad. Para presentar una queja con la práctica, por favor pónganse en contacto con el Oficial de Privacidad a la siguiente dirección o numero de teléfono:

MetroHealth Internal Medicine
450 Garrisonville Road- Ste. 215
Stafford, VA 22554
(540) 318-8167

Nombre del Paciente: _____

Firma Del Paciente: _____

Fecha: _____

Nota: Los contenidos son informativos y no pretende ser un consejo legal, MHIM, P.C. y sus subsidiarias, sus empleados, agentes y empleados, no hacen ninguna representación; garantía, expresa o implícita, de que estas formas están libres de errores o que el uso de esta información será evitar que las diferencias de opinión o de conflictos con cualquier otro partido, y no tendrá ninguna responsabilidad por los resultados o consecuencias de su uso.

MetroHealth Internal Medicine, PC
450 Garrisonville Road, Ste.215
Stafford, VA 22554
Phone: (540) 318-8167 Fax: (540) 318-8165

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O REVELACION DE INFORMACION
MÉDICA**
(Información de Salud Protegida)

Yo, _____ por la presente solicito a esta práctica para divulgación de la información de la versión de los siguientes temas que figuran historia médica:

_____ Historia de la lesión, enfermedad o afección para la que estoy siendo tratado.

_____ Diagnóstico.

_____ Resultados de la prueba.

_____ Medicamentos.

_____ Las recomendaciones médicas.

Yo autorizo que la información sea dada solo, a la(s) persona(s) que se enumeran a continuación.

NOMBRE

RELACIÓN AL PACIENTE

Firma del Paciente, Padre o Tutor

Fecha

Nota: Con el fin de obtener información por teléfono, el que llama debe compartir la identidad del paciente con el personal.
La información del paciente: Nombre completo, Fecha de nacimiento y número de seguro social.

MetroHealth Internal Medicine, PC

450 Garrisonville Road, Ste.215

Stafford, VA 22554

Phone: (540) 318-8167 Fax: (540) 318-8165

CONTRACTO DE COLLECCIONES

En relación a los servicios profesionales ahora y en el futuro el que firma se compromete aquí a pagar 18% de interés al año de todos las deudas sin pagar 60 días después de recibir los servicios, mas la tarifa por servicios legales que son estipulados aquí como el 33 y 1/3% del balance de la deuda ya sea que se lleve a juicio o no mas los costos de la corte. Si el que firma no cumple con pagar a tiempo por los servicios brindados, el que firma autoriza al acceso de crédito personal a/para cualquiera de las agencias de reporte de crédito y accede a pagar también los costos de obtención de la información de crédito y localización del que firma como sea necesario.

El que firma entiende que las tarifas de seguro medico puede ser facturado por la oficina medica, como cortesía si la oficina participa en el plan de seguro del paciente y si el paciente provee a la oficina medica con toda la información correcta del seguro a tiempo. El que firma es completamente responsable por toda la deuda ya sea que exista cobertura de seguro o no.

En ausencia de pago a tiempo el que firma entiende que su historial personal, medica y financiera concerniente a los servicios profesionales serán transferidas al "Socio de negocio" de la oficina medica en cumplimiento con el HIPPA Federal (Health Insurance Portability and Accountability Act).

Yo, el que firma certifico que:

- Soy miembro active de las fuerzas armadas de U.S.A.
- No soy miembro active de las fuerzas armadas de U.S.A.

Fecha

Imprimir nombre completo de la Persona Responsable

Firma de la Persona Responsable

MetroHealth Internal Medicine, PC

450 Garrisonville Road, Ste.215

Stafford, VA 22554

Phone: (540) 318-8167 Fax: (540) 318-8165

GARANTÍA DE PAGO

Yo, _____ fecha de nacimiento _____ entiendo que soy responsable de todos los cargos monetarios y cuentas que no son cubiertas por mi seguro de salud con respecto a esta cita y a citas futuras con MetroHealth Internal Medicine. Reconozco que yo soy personalmente responsable de todos los cargos monetarios rehusados por mi seguro de salud a MetroHealth Internal Medicine y acepto que en el evento de no cumplir con el pago, soy responsable de pagar cargos de colección, costo de corte y honorarios de abogado.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____