

# Desert Institute of Sports Medicine

## Osteoporosis & Regenerative Medicine

### Forma de Registración de Paciente

#### Información Personal del Paciente

Nombre \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
LAST FIRST MIDDLE  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
Idioma \_\_\_\_\_ Dirección electrónico \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL  
Tel. #1 \_\_\_\_\_ Tel. #2 \_\_\_\_\_ Tel. #3 \_\_\_\_\_  
Cómo te enteraste de nosotros? \_\_\_\_\_

#### Empleador

Estatus de Empleo  Tiempo completo  Medio Tiempo  Desempleado/a  Jubilado  
Nombre de Empleador \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL  
Teléfono \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

#### Contacto de Emergencia

Nombre de Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

#### Seguro Medico

Nombre de la Póliza \_\_\_\_\_ Número de Grupo \_\_\_\_\_  
Número de Identificación \_\_\_\_\_ Nombre del Miembro \_\_\_\_\_  
Seguro Social # \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Desert Institute of Sports Medicine

## Osteoporosis & Regenerative Medicine

### ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo comprendo y acepto la responsabilidad financiera de todos los cargos y gastos por servicios médicos no pagados por mis seguros. Esto incluye cualquier servicio médico y visitas al médico, revisiones médicas preventivas o revisiones médicas, pruebas del laboratorio, rayos X, electrocardiogramas y cualquier otro servicio diagnóstico pedido por el médico o por el personal médico.

Comprendo y acepto que es mi responsabilidad o no la del médico o de la clínica saber si mis seguros médicos pagan por la visita médica o por los servicios médicos, revisiones médicas o pruebas diagnósticas, pruebas del laboratorio, rayos-X electrocardiogramas o cualquier servicio diagnóstico o prueba diagnóstico pedidos por el médico o por el personal médico.

Comprendo y acepto que es mi responsabilidad saber si mi médico o proveedor de servicios médicos que tengo es un proveedor contratado en la red de seguros médicos. Si las reclamaciones son negadas o más del límite sobre mis beneficios reconozco y acepto pagar la totalidad.

Comprendo y reconozco que es mi responsabilidad saber si mi médico o proveedor de servicios médicos que tengo es un proveedor contratado en la red de seguros médicos reconocido por mi compañía de seguros médicos o bajo mi plan de seguros médicos. Si mi médico no es reconocido por mi compañía de seguros o por mi plan de seguros médicos es posible que rechazan mis reclamaciones y consecuentemente resultados en gastos personales más altos. Comprendo y reconozco que soy responsable financieramente y que debo de pagar la totalidad.

Comprendo y reconozco que es mi responsabilidad saber si mi elección de PCP ha sido procesada por mi compañía de seguros o mi plan de seguros. Si yo he pedido un cambio de PCP que no es procesado por mi compañía de seguros médicos, comprendo que puede resultar en el rechazo de mis reclamaciones. Comprendo y reconozco que tengo la responsabilidad financiera y pagar la totalidad.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona responsable: \_\_\_\_\_

# Desert Institute of Sports Medicine

## Osteoporosis & Regenerative Medicine

### Difusión y Consentimientos

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

#### **ASIGNACION DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO:**

Autorizo por este medio el pago directo de mis beneficios de seguro al grupo de Desert Institute of Sports Medicine o el medico individualmente para los servicios rendidos a mis dependientes, o a mi por el medico o a empleados bajo su supervisión. Entiendo que es mi responsabilidad saber que mis beneficios de seguro y los servicios que estoy recibiendo están cubiertos es mi póliza. Entiendo y convengo que seré responsable de cualquier balance debido a Desert Institute of Sports Medicine.

#### **BENEFICOS DE SEGURO DE MEDICARE/MEDICAID/CHAMPUS:**

Yo certifico que la información dada por mi en la solicitud el pago programas en virtudes. Yo autorizo la liberación de cualquiera de mi, o los expedientes de mi dependiente que estos programas pueden solicitar. Por mi parte yo dirijo cualquier pago para mi. Autorizo beneficios de mis dependientes que se hagan directamente al grupo de Desert Institute of Sports Medicine.

#### **AUTORIZACION DE ENTREGAR INFORMACION PERSONAL NO-PUBLICA:**

Yo certifico que he leído y me han ofrecido una copia del aviso de HIPPA de aislamiento practica Desert Institute of Sports Medicine. Autorizo por este medio a Desert Institute of Sports Medicine o el medico individualmente para divulgar cualquier, o información mía personal, no publica, medica, o fortuita de mi dependiente que puede se necesaria para la evaluación medica, el tratamiento, la consulta, o el proceso de los beneficios del seguro.

#### **AUTORIZACION DE ENVIAR, DE LLAMAR O CORREO ELCTRONICO:**

Yo certifico que entiendo los riesgos para la intimidad de la correspondencia, llamados telefónicas y el correo electrónico. Yo autorizo a Desert Institute of Sports Medicine. representate o mi medico a enviar, a llamar a manda correo electrónico con comunicaciones de respeto a mi salud, incluyendo peo no limitado a las coas tales cormo recordatorios de citas de un procedimiento y resultados de la pruebas diagnósticos. Entiendo que tengo el derecho de rescindir mi autorización en cualquier momento se que puedo notificar en escrito al grupo de Desert Institute of Sports Medicine.

#### **LABORATORIO, RADIOGRAFIA, Y SERVICOS DIAGNOSTICOS:**

Entiendo que soy responsable financieramente de cualquier pendiente de servicios diagnósticos, incluyendo laboratorio, radiografia y otros servicios diagnósticos. Entiendo que puedo recibir una cuanta separada estos casos.

#### **CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO:**

Doy mi consentimiento a Desert Institute of Sports Medicine su medico o empleados bajo su supervisión, para la evaluación, pruebas y tratamiento medico.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Si es diferente del paciente)

Nombre del Asegurado (letrada de imprenta): \_\_\_\_\_

# Desert Institute of Sports Medicine

## Osteoporosis & Regenerative Medicine

### Reconocimiento de Recibo de la Noticia de Practicas de Privacidad de HIPAA

---

Petición de Comunicación Confidencial de su Información de Salud Privada:

Por favor circule su respuesta en lo siguiente:

Podemos dejar mensajes con respecto a sus citas con un compañero de trabajo, recepcionista, o secretara que regularmente contesta sus llamadas? Si No No Aplica

Podemos dejar mensaje en el correo de voz en el trabajo? Si No No Aplica

Podemos discutir sus citas/tratamiento con su cónyuge? Si No No Aplica

Si usted tiene mas de 18 anos de edad, todavía viviendo en casa, podemos discutir sus citas/tratamiento con sus padres o guardián? Si No No Aplica

Si usted tiene mas de 18 anos de edad, podemos discutir sus citas y/o tratamiento con sus hijos? Si No No Aplica

Usted debe informarnos por escrito si desea cambiar la manera en la cual esta oficina se comunica con usted.

Gracias.

Archivar en el expediente medico del paciente.

Es estalación tiene derecho a modificar las practicas de privacidad explicadas en este aviso.

Yo he recibido una de "El Aviso de Privacidad de Practicas Medicas"

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (Imprima)

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante del Paciente

\_\_\_\_\_  
Relación del Representante con el Paciente

# Desert Institute of Sports Medicine

## Osteoporosis & Regenerative Medicine

### CONTRATO DE: Desert Institute of Sports Medicine

YO \_\_\_\_\_ en este día \_\_\_\_\_ entiendo y voluntariamente estoy de acuerdo a los siguientes términos:

\_\_\_\_\_ Yo tratare al personal de la oficina con respeto en todo momento. Yo entiendo que si en algún momento trato irrespetuosamente a algún miembro de la oficina o interrumpo el cuidado de algún otro paciente de la clínica, We Care Clinic terminara mi cuidado y sere despedido como paciente.

\_\_\_\_\_ Yo cuidare mis citas agendas y estare a tiempo a cada cita con el Doctor y los miembros al cuidado de mi tratamiento medico. Yo estoy al tanto de los cobros de 25.00 dólares en caso de no cancelar o cambiar mi cita agenda en un periodo de 48 horas previas a la cita programada.

\_\_\_\_\_ Yo hare todas las pruebas de diagnostico(laboratorios de sangre, rayos X, EKG y de mas) en el periodo mas oportuno antes de mi siguiente cita programada.

\_\_\_\_\_ Yo pagare mi deducible y cualquier otro balance económico el día de mi cita.

\_\_\_\_\_ Yo entregare mi asegurada medica en cada visita con el doctor.

\_\_\_\_\_ Yo notificare a la oficina inmediatamente en caso de algún cambio de seguro medico y proveere copia de mi nueva tarjeta de seguro medico en mi siguiente cita.

\_\_\_\_\_ Yo traere todos mis medicamentos a cada cita con el doctor. Yo entiendo que errores ocurren y mi Doctor y su equipo requiere los frascos de medicamento(s) y no solo una lista para el bien de mi salud.

\_\_\_\_\_ Yo notificare a la clínica cualquier cambio en mi información de contacto.

\_\_\_\_\_ Yo hablare a la clínica con al menos 3 semanas de anticipación en caso de que mi medicamento se termine y falten mas de 3 semanas para mi próxima cita.

\_\_\_\_\_ Yo guardare mi(s) medicamento(s) en un lugar seguro y lejos del alcance de los niños. Entiendo que si mi medicamento es extraviado o robado, podría o no ser reemplazado asta mi próxima cita.

\_\_\_\_\_ Yo tomare mi medicamento siguiendo las instrucciones, no cambiare la manera de tomar mi medicamento sin antes hablar con el doctor o su asistente.

\_\_\_\_\_ Yo notificare al doctor inmediatamente de cualquier otro medicamento recetado por algún otro doctor.

\_\_\_\_\_ Yo no hablare a la clínica después del horario de oficina, por la noche, o en fines de semana para pedir rellenos de medicamento. Yo entiendo que solo me darán rellenos de medicamento en horas de oficina. También entiendo que si no asisto o cambio mi cita, solo me darán el medicamento suficiente para mi próxima cita.

\_\_\_\_\_ Yo solo usare una farmacia para surtir todos mis medicamentos.

Nombre de la farmacia/numero de telefono \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Yo firmare un formulario de liberación de información para contactar a otro(s) doctores previos que tengan información necesaria para mi cuidado.

\_\_\_\_\_ Yo firmare un formulario de liberación de información al día siguiente, cada vez que este en la sala de emergencias o en el hospital. Hare una cita con el doctor en un periodo de una semana después de el día de mi salida.

Mi salud es importante para mi, mi familia y mis seres queridos. Yo trabajare duro para mi bienestar y cuidare de mi persona. Yo entiendo que mi doctor no puede ayudarme si no me ayudo a mi mismo. Yo espero que mi doctor me ofrezca su mejor consejo pasado en su entrenamiento medico. Yo entiendo que sin mi participación activa, la habilidad de mi doctor para ayudarme es limitada. Entiendo que mi doctor es mi consultor, yo soy el colaborador, juntos podremos lograr grandes cosas.

# Desert Institute of Sports Medicine

## Osteoporosis & Regenerative Medicine

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

### COMPROMISOS DE Desert Institute of Sports Medicine

Nosotros en Desert Institute of Sports Medicine nos comprometemos a trabajar con usted en el esfuerzo de mejorar su salud general, por lo siguiente nos comprometemos a:

Nosotros lo(a) trataremos con respeto en todo momento. Si algún miembro de la clínica en algún momento es irrespetuoso(a), por favor comuníquese a nuestro supervisor.

Nosotros explicaremos a usted su condición médica y proveeremos opciones de tratamiento.

Nosotros lo ayudaremos a contactar otras maneras de tratamiento para ayudar a su condición médica.

Nosotros le ayudaremos a programar metas de tratamiento y monitorear su progreso para alcanzar esas metas.

Nosotros estaremos en contacto con todos los proveedores cargo de su salud médica.

Nosotros explicaremos todos los nuevos medicamentos y posibles efectos secundarios, nosotros nos aseguraremos que su tratamiento sea lo mas seguro posible.

Nosotros seguiremos sus recetas y pruebas de diagnostico regularmente para ayudarlo(a) a sentir que esta siendo bien monitoreado.

Nosotros le ayudaremos a agendar sus citas para relleno de medicamento. Si nosotros cancelamos o cambiamos su cita por alguna razón, nosotros nos aseguraremos que tenga el medicamento suficiente asta el día de su próxima cita con nosotros.

Nosotros trabajaremos con su proveedor de seguro medico para asegurar que tenga su medicamento, en caso de algún tramite faltante para la aprobación de su medicamento.