

¿Herida relacionada con el trabajo?  Si  No

### INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Sexo  M  F Numero de seguro social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Dirección de casa \_\_\_\_\_ APT # \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono móvil (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Preferido?  Correo  Móvil  Casa  Texto  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Etnicidad \_\_\_\_\_ Idioma Preferido \_\_\_\_\_  
 Médico de cabecera \_\_\_\_\_ Teléfono del médico (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 En caso de emergencia (Nombre, teléfono, relación) \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE PADRE / GARANTE (POR UN MENOR DE EDAD)

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Sexo  M  F Numero de seguro social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Dirección de casa \_\_\_\_\_ APT # \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono móvil (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Preferido?  Correo  Móvil  Casa  Texto  
 Relación con el paciente \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

**Seguro Primaria**

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_  
 Póliza número: \_\_\_\_\_  
 Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Seguro Secundaria**

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_  
 Póliza número: \_\_\_\_\_  
 Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Recepción de las prácticas de privacidad: Al firmar este formulario de consentimiento, reconozco que una copia de las notificaciones de prácticas de privacidad está disponible para mí a mi petición. Entiendo que una copia de este formulario de consentimiento puede utilizarse con la misma eficacia que la original.

Firma de paciente / garante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Historia médica del paciente

Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: <i>M F</i>																		
Nombre: _____																		
<b>Razón por visita / síntomas</b>																		
<b>Historia social</b> ( <i>Circule uno</i> ) Tabaco: No Si ¿Cuantos paquetes por día? _____ Vaporizador: No Si Alcohol: No Si																		
<b>Alergias (Medicinas / Comida / Medio ambiente):</b> <i>Alergia</i> <i>Reacción</i>																		
<b>Medicamentos actuales</b> Una lista de los medicamentos actuales que usted está tomando. Por favor incluye medicamentos sin recetas y vitaminas: <i>Nombre del medicamento</i> <i>Dosis (incluye cuantas pastillas al día)</i> <i>Por cuanto tiempo está tomando el medicamento?</i> 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____																		
<b>Historia medica</b> <i>Tienes o he tenido:</i> <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Diabetes</td><td><input type="checkbox"/> Bocio</td><td><input type="checkbox"/> Problemas de corazón _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Presión alta</td><td><input type="checkbox"/> Cáncer (tipo) _____</td><td><input type="checkbox"/> Asma</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Colesterol alto</td><td><input type="checkbox"/> Leucemia</td><td><input type="checkbox"/> Desorden sanguíneo _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hipotiroidismo</td><td><input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel</td><td><input type="checkbox"/> Derrames cerebrales</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Epilepsia</td><td><input type="checkbox"/> Enfermedad de vista _____</td><td><input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Gastrointestinal _____</td><td><input type="checkbox"/> Enfisema</td><td><input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado</td></tr></table> Otras Condiciones Médicas: _____ _____ Historia de las cirugías: _____ _____	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Bocio	<input type="checkbox"/> Problemas de corazón _____	<input type="checkbox"/> Presión alta	<input type="checkbox"/> Cáncer (tipo) _____	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Desorden sanguíneo _____	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel	<input type="checkbox"/> Derrames cerebrales	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Enfermedad de vista _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón _____	<input type="checkbox"/> Gastrointestinal _____	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Bocio	<input type="checkbox"/> Problemas de corazón _____																
<input type="checkbox"/> Presión alta	<input type="checkbox"/> Cáncer (tipo) _____	<input type="checkbox"/> Asma																
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Desorden sanguíneo _____																
<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel	<input type="checkbox"/> Derrames cerebrales																
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Enfermedad de vista _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón _____																
<input type="checkbox"/> Gastrointestinal _____	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado																
<b>Problemas medicas de la familia (Pasado y presente):</b> <b>Madre:</b> _____ <b>Hermanos:</b> _____ <b>Padre:</b> _____																		

Imprimir nombre: \_\_\_\_\_ Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Política financiera

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**En Valley Urgent Care (“VUC”), estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Ayúdenos a servirle al permitirnos ventarnos en la atención al paciente y reducir la cantidad de facturas que debemos enviarle.**

**Se espera el pago en el momento del servicio:** Se le pedirá que pague su copago, deducible, y cualquier saldo pendiente en el momento de su cita. Por favor llegue preparado para ocuparse de estos asuntos financieros. VUC acepta efectivo, cheques personales, VISA, MasterCard, AMEX y Discover.

**Fuera de la red/Autopago:** Hay muchas opciones de seguros, y es posible que no participemos con su plan. Presentaremos su reclamo de seguro por cortesía y cobraremos \$50 por servicios fuera de la red en el momento de la visita. Aunque tratamos de obtener todos los cargos médicos antes de la salida, puede haber correcciones a su declaración cuando las notas médicas son finalizadas por el médico. Si hay un saldo pendiente después del pago en la fecha de prestación del servicio, se le facturará ese importe. Si ha pagado de más, se le reembolsará el importe correspondiente.

**Seguro médico:** Por favor, consulte con su compañía de seguros antes de hacer su cita para ver sus beneficios y responsabilidades. Cada plan es diferente, y el seguro no es una garantía de pago. El paciente o los garantes son responsables en última instancia del pago del servicio prestado.

Enviaremos su factura a nuestras compañías de seguros participantes como cortesía hacia usted. Es su responsabilidad asegurarse de que tenemos la información de seguro y facturación correcta. Si una reclamación no tiene éxito debido a un seguro defectuoso o información de facturación, usted será responsable por el saldo. Por favor, asegúrese de que somos conscientes de las restricciones de su póliza tiene sobre los servicios auxiliares (como la exigencia de un laboratorio específico). Facturaremos a las compañías de seguros secundarias si usted ha proporcionado esa información EN EL MOMENTO DE SU VISITA.

***Si no podemos verificar su seguro en el momento de su visita, o usted no tiene su seguro con usted, el pago completo se debe antes del servicio.***

Si su seguro tiene una póliza de copago, el copago es debido en el momento del servicio. Si usted tiene un deducible, usted puede ser responsable de todos los cargos hasta que se alcance el deducible. Usted es responsable de todos los saldos restantes después de que su seguro haya pagado su parte.

Si no recibimos el pago de su seguro en los 60 días siguientes de la fecha del servicio, es posible que deba pagar la totalidad del saldo. Cuando reciba una declaración, tendrá 30 días para pagar cualquier saldo pendiente, a menos que se le haya extendido un acuerdo de pago. Los saldos pendientes no pagados dentro 60 días de la factura original podrán ser transferidos a cobros en colecciones. Si su cuenta se asigna a una agencia de cobros, usted acepta pagar una comisión de cobro del 40%, intereses por un importe del 18% TAE, costas judiciales y honorarios de abogado. Comuníquese con nosotros de inmediato para evitar posibles cargos de cobranza y dificultades de programación.

Es su responsabilidad asegurarse que tengamos una manera de contactarlo con problemas de facturación o programación. En caso de que recibamos correo devuelto probaremos en número de teléfono que figura se archivó. Si nos devuelve el correo, intentaremos llamarle al número de teléfono que figura en su expediente. Si no podemos comunicarnos con usted, su cuenta puede ser enviada a colecciones.

**Comunicaciones con usted:** Usted acepta que para que podamos atender su cuenta o cobrar cualquier deuda que pueda tener, nosotros, nuestros agentes, cesionarios y terceros o agentes de servicio pueden ponerse en contacto con usted por teléfono en cualquier número de teléfono asociado a su cuenta, incluidos los números de teléfono celulares, lo que podría resultar en cargos a usted. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales, dispositivos de marcación automática y/o mensajes de texto, según corresponda.

Usted acepta que nosotros, nuestros agentes, cesionarios, terceros o agentes de servicio podamos, por propósitos de entrenamiento o para evaluar la calidad del servicio, escuchar una conversación telefónica grabada que mantenga con nosotros y/o nuestros agentes, cesionarios, terceros o agentes de servicio.

**Cheques devueltos/reembolsos:** VUC cobra un cargo de \$50, ADEMÁS DE NUESTROS CARGOS BANCARIOS, por cualquier cheque devuelto.

Los créditos del paciente/garante por montos inferiores a \$5.00 se retendrán en la cuenta para acreditarlos a saldos futuros, a menos que se reciba una solicitud de reembolso por escrito. Los montos de \$5.00 o más se reembolsarán automáticamente al paciente/garante.

**Formularios para otras formas de reclamos de seguro/discapacidad, etc.:** Cobramos una tarifa de \$25 por cada formulario suplementario que usted solicite que llenemos por usted. Esto incluye, pero no se limita a, seguro suplementario (por ejemplo, seguro de vida, AFLAC), formularios de reclamo de discapacidad a corto/largo plazo, formularios FMLA, declaraciones del médico y formularios de licencia médica. Esta tarifa debe pagarse en el momento de entregar los formularios. Los formularios no podrán completarse hasta que la tarifa se pague por completo.

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_

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

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

## Consentimiento para tratamiento y pago

Doy mi consentimiento a Valley Urgent Care & Occupational Medicine ("VUC") para proporcionar servicios clínicos necesarios para mí, incluyendo los procedimientos y tratamientos que se consideren necesarios para mi mejor salud y bienestar. Entiendo que VUC me explicará los tratamientos y procedimientos. Además, entiendo que este consentimiento permanecerá vigente hasta que se retracte por escrito a VUC.

Acepto que para que VUC realice el servicio de su cuenta o cobre cualquier monto que puede adeudar, ellos, sus agentes, afiliados, y cualquier agencia de cobro de deudas de terceros asociada con ellos, pueden contactarme por teléfono a cualquier número de teléfono asociado con mi cuenta, incluidos los números de teléfono celulares, lo que podría generar cargos para mí. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales, dispositivos de marcación automática y/o mensajes de texto, según proceda. Acepto que ellos, sus agentes, cesionarios, terceros o agentes de servicio puedan, por propósitos de entrenamiento o para evaluar la calidad del servicio, escuchar una conversación telefónica grabada que mantenga con VUC y/o sus agentes, cesionarios, terceros o agentes de servicio.

Por la presente autorizo el pago directo a VUC de todas las prestaciones médicas a mi disposición. Entiendo que si mi cobertura de seguro no cubre los servicios prestados, los servicios serán facturados a mí directamente. Si mi cuenta se asigna a una agencia de cobros, acepto pagar -además del saldo- una tarifa de cobro del 40%, intereses por un importe del 18% TAE, costas judiciales y honorarios de abogado.

Una fotocopia de este acuerdo se considerará tan válida como una autorización original.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

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

Relación a paciente: \_\_\_\_\_

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

# Divulgación de información

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Autorizo a cualquier miembro del personal de Valley Urgent Care a divulgar mi información médica protegida ("PHI") a la parte o partes indicadas:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

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

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