

Family Care Specialists (FCS) Medical Group
Registración del Paciente

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido		Primer nombre		Inicial		Otro Apellido (de soltera)	
Dirección			Ciudad			Estado Código Postal	
Número de Teléfono en la Casa ()			Número de Teléfono en el Trabajo ()			Teléfono Celular ()	
Fecha de nacimiento		Edad		Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	
Dirección del Correo Electrónico			Ocupación			Número de Seguro Social	
Nombre del Trabajo			Fecha cuando comenzó a trabajar			Etnicidad	
Dirección del Trabajo			Ciudad		Estado Código Postal		Idioma Preferido
Recomendado por:				¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

CONGUYE/ INFORMACION DE GUARDIAN

Apellido		Primer nombre		Inicial		Relación con el paciente		Fecha de Nacimiento		Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dirección			Ciudad			Estado		Código Postal			
Número de Teléfono en la Casa ()			Número de Teléfono en el Trabajo ()			Teléfono celular ()					
Número de Licencia			Número de Seguro Social			Fecha de Nacimiento					
Nombre del Trabajo			Fecha cuando comenzó a trabajar			Ocupación					
Dirección del Trabajo			Ciudad			Estado		Código Postal			

INFORMACIÓN DE SEGURO

Número de Medicare		Parte B		Fecha efectiva		Número de Medi-Cal		Fecha de Nacimiento		Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
Póliza / Número de Identificación			Número de Grupo / Local			Número de Cobertura / Plan					
Nombre del Seguro Médico – Primario			Asegurado / Subscriptor			Relación con el paciente					
Asegurado / Subscriptor:			Fecha de Nacimiento			Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
Dirección			Ciudad		Estado		Código Postal		Teléfono ()		
Póliza / Número de Identificación			Grupo / Numero Local			Cobertura / Numero de Plan					
Nombre del Seguro Médico – Secundario			Asegurado / Subscriptor			Relación con el paciente					
Dirección			Ciudad		Estado		Código Postal		Teléfono ()		

CONTACTO DE EMERGENCIA

Apellido		Nombre		Teléfono		Relación con el paciente	
Teléfono en caso de emergencia:							

Asignación: Yo autorizo pago de beneficios Médicos al Médico o el proveedor de servicios descriptos.

Autorización de por Vida de Medicare Sí No

Fecha:

Ha estado usted aquí anteriormente: Sí No

¿Cuándo?

Firma del Paciente

Fecha



NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 FECHA: _____ MRN: _____

Para promover su bienestar y manejar sus necesidades médicas, "Family Care Specialists Medical Group" quiere que usted entienda las pólizas. Por favor escriba sus iniciales en cada póliza para asegurarnos que usted las entiende. Si usted necesita clarificación de las pólizas, por favor pregúntele a la recepcionista o médico.

	Inicial
<p>PERMISO PARA SERVICIO/FACILITACIÓN DE INFORMACIÓN: Mi solicitud de visita a la oficina sirve como permiso para realizar servicios de rutina, como examen físico y exámenes de sangre y orina rutinarias basado en lo que mi médico considere necesario. Si es necesario, consentimiento será pedido para procedimientos adicionales. Estoy de acuerdo si yo llegara a retirarme de la oficina medica sin haber recibido tratamientos y/o consentimiento de mi médico, ni el mencionado médico o el grupo Family Care Specialists (FCS) Medical Corporation deberán ser responsables por las consecuencias de dicha decisión.</p>	
<p>PÓLIZA DE COPAGO: El copago por su visita al doctor, si es debido, debe ser pagado al momento de registrarse. No pago o renuencia puede causar la cancelación de su cita. Yo entiendo y estoy de acuerdo que independientemente del estado de mi seguro médico, yo soy en última estancia responsable de saldar mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado.</p>	
<p>FALTAR A LA CITA: Muchas de nuestras oficinas cuentan con un servicio automático para recordar a nuestros pacientes de sus citas. Sin embargo la cancelación oportuna de una cita es responsabilidad de nuestros pacientes. Si una cita es cancelada con menos de 3 horas en anticipación, le podrían cobrar el costo por la cita.</p>	
<p>COBRO DE FORMAS: Formas que no estén directamente relacionadas con el cuidado del paciente, no están rutinariamente cubiertas por el pago de su cita médica o el seguro médico. Debido a que estas toman demasiado tiempo del médico, creemos que es necesario cobrar por la finalización de tales formas. Algunos ejemplos de estas formas son: Jury Duty, Family Leave Act Application, Físicos para deportes, Documentos de Escuela, DMV Plates or Placard Application, Disability y Reporte de Accidentes.</p>	
<p>ENVIO A ESPECIALISTAS/AUTORIZACIONES: Dependiendo de su seguro médico, una referencia o pre-certificación de su médico o plan de seguro podría ser necesario para consultar especialistas o para procedimientos especializados. Dichas autorizaciones podrían requerir de 7 a 10 días laborales para ser procesadas. Referencias para servicios urgentes podrían ser acelerados basado en la necesidad médica. Pacientes que optan por acceder a servicios especializados sin autorización previa necesaria o que opta por utilizar otro servicio médico fuera de la red, serán financieramente responsables de los servicios prestados.</p>	
<p>LLEGAR TARDE A SU CITA: Hacemos todo lo posible por mantener todas las citas a tiempo, sin contar con emergencias imprevistas, y le agradecemos su ayuda. Le pedimos que llegue por lo menos 15 minutos antes de la hora de su cita. En caso de que usted inevitablemente llegue tarde, haremos todo lo posible para complacerle, pero podríamos pedirle reprogramar su cita para más tarde u otro día.</p>	
<p>INFORMACIÓN MÉDICA ELECTRONICA: Family Care Specialists Medical Group utiliza registros de salud computarizados para asegurar la seguridad del paciente, exactitud de información y la continuidad de la atención entre diferentes proveedores. Nuestros doctores y personal también usan correo electrónico seguro para comunicarse dentro del sistema de Family Care Specialist Medical Group respecto a asuntos de salud, no urgentes y asuntos administrativos. Los doctores y el personal también pueden dejar mensajes en la contestadora para pacientes con información no confidencial.</p>	
<p>PAGO POR SU INFORMACION MEDICA: Un pago razonable será cargado por copias de su información médica proveídas, lo cual incluye fotocopias (suministros y labor), gastos de envío (si el individuo pidió que se enviará por correo la información) y para la preparación de cualquier resumen o explicación, si es el acuerdo.</p>	
<p>VOLVER A SURTIR MEDICINAS: Surtir su medicina podría tomar de 24 a 48 horas para completar su receta. Para prestarle un mejor servicio, esté seguro que tenemos información actualizada de su farmacia en archivo.</p>	
<p>PAGO POR SERVICIOS NO CUBIERTOS: Family Care Specialists Medical Group envía rutinariamente reportes u otra información necesaria para procesar los pagos médicos. Family Care Specialists está afiliado con el grupo Family Care Specialists IPA y comparte información con la corporación médica Family Care Specialists y todos sus departamentos afiliados (por ejemplo el departamento de contabilidad). Podría haber casos donde su seguro médico no cubre ciertos medicamentos inyectables, vacunas o suministros médicos. Cobro por esos servicios serán recogidos en el momento de su cita. Los pacientes tienen toda la responsabilidad financiera por todos los servicios profesionales prestados y encargarse de los copagos o gastos adicionales al momento del servicio.</p>	
<p>ACUERDO FINANCIERO: Yo autoriza a mi seguro médico a pagar por los servicios prestados, directamente a Family Care Specialists/Family Care Specialists IPA. En consideración por el servicio prestado por Family Care Specialists, haré pagos a la cuenta de Family Care Specialists como se me vayan presentando los cobros. Estoy de acuerdo a pagar interés al porcentaje legal, si mi cuenta llegara estar delincente, pagare los gastos de abogado y colección.</p>	

Gracias por tomarse el tiempo para aprender acerca de nuestras pólizas y procedimientos.

"Yo entiendo y estoy de acuerdo, independientemente de la condición de mi seguro médico. Yo soy fundamentalmente responsable por el saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado. He leído toda la información en esta hoja y he completado las respuestas anteriores. Certifico que esta información es verdadera y correcta según tengo entendido. Le notificaré de cualquier cambio en mi estado o la información anterior."

Firma: _____ Fecha: _____

Si usted es menor de edad, firma, nombre y fecha de padres o guardianes:

FAMILY CARE SPECIALISTS

Medical Corporation

AVISO DE PRACTICAS PRIVADAS

Esta noticia describe como su información médica puede ser utilizada y como usted puede obtener esta información.

POR FAVOR REVISE ESTE DOCUMENTO CON CUIDADO

Tratamiento: La información que obtenemos sobre su salud podrá ser utilizada por miembros de nuestra facultad; Incluso puede ser compartida con otros profesionales de salud con el propósito de evaluar su salud, y hacer diagnósticos médicos para poder darle tratamiento. Por ejemplo, los resultados de los exámenes de laboratorio y los procedimientos tomados serán visibles en su archivo médico. Esta información será accesible a todos los profesionales del campo de salud que podrían darle tratamiento, o que sean consultados por nuestra facultada.

Pago: La información en su archivo medical podrá ser utilizada para obtener pago de su seguro médico, o de otros medios de cobertura, por ejemplo su seguro de automóvil, seguro de Compensación al trabajador, e incluso compañías de tarjetas de crédito que usted haya usado para pagar por sus servicios. Por ejemplo, su seguro médico puede solicitar y recibir información acerca de las condiciones médicas por cual usted recibió tratamiento y las fechas en cual usted recibió servicios.

Operaciones de Cuidado de Salud: La información en su archivo medico podrá ser utilizada como sea necesaria para mantener las actividades y el mantenimiento diario de Family Care Specialists (FCS) Medical Corporación. Por ejemplo, cierta información sobre los servicios que ha recibido puede ser utilizada para justificar el presupuesto, reportes financieros y para evaluar y promover servicios de calidad. La información en su archivo medico podrá ser utilizada como sea necesaria en el entrenamiento de estudiantes, aprendices o médicos en el campo de salud. El propósito es para que el aprendiz mejore sus técnicas como proveedores de servicios de salud.

Cumpliremos los requisitos de la Ley: Cooperaremos con las leyes federales, estatales o locales, cuando soliciten información médica sobre usted, siempre que sea necesario.

Reportaje de Salud Pública: La información en sus archivos médicos podrá ser compartida con agencias de Salud Pública, si es un requisito de la le. Por ejemplo, es un requisito que reportemos al Departamento Estatal de Salud Pública, ciertas enfermedades contagiosas.

Usos Adicionales de Información: Recordatorios de citas médicas. Su información médica será utilizada por nuestro personal para enviarle o para llamarle con el intento de recordarle de su cita.

Información Acerca de su Tratamiento: Su información médica podrá ser utilizada para enviarle información acerca de su tratamiento y mantenimiento de su condición médica. Esta información puede interesarle; también podríamos enviarle información que describa otros servicios médicos que podrían interesarle.

Office Locations:

Highland Park
Los Angeles
Los Angeles
Montebello

5823 York Blvd., Ste. 1, Los Angeles, CA 90042
1701 Cesar E. Chavez Ave., Suite 230, Los Angeles, CA 90033
1701 Cesar E. Chavez Ave., Suite 402, Los Angeles, CA 90033
815 W. Washington Blvd., Montebello, CA 90640

Tel. (323) 255-1575 Fax: (323) 255-8139
Tel. (323) 260-5882 Fax: (323) 260-5850
Tel. (323) 343-1351 Fax: (323) 343-1355
Tel. (323) 728-3955 Fax: (323) 728-6905

Estudios: En algunas circunstancias, utilizaremos y revelaremos su información médica para estudios. Por ejemplo, un estudio puede involucrar la comparación entre medicamentos y estados de recuperación entre pacientes con la misma condición. Estudios son cuidadosamente observados y toman tiempo de ser aprobados. Antes de utilizar información médica para proyectos de estudio, es necesario que el proyecto sea evaluado y aprobado. Es posible que revelemos su información médica a personas que estén preparando el proceso del estudio, por ejemplo, podemos dar información sobre pacientes que tienen las mismas enfermedades, o necesidades médicas. Tal información no puede salir de nuestra posesión. En toda ocasión pediremos que el individuo que está trabajando en el estudio obtenga un permiso especial si él/ ella podrá ver información personal. Por ejemplo, como su nombre, domicilio, y otra información que revele su identidad.

Su Consentimiento es Necesario para Revelar cierta Información: Su información médica no puede ser utilizada por razones que no estén especificadas en este aviso sin su consentimiento escrito. Si cambia de padecer después de dar su consentimiento para revelar su información médica, puede someter una petición escrita para anular el consentimiento. Cualquier información que se haya obtenido antes de que usted anule el consentimiento no podrá ser retrocedida.

Derechos Individuales: Usted tiene ciertos derechos de privacidad que son protegidos por las leyes federales. Sus derechos son:

- Tiene el derecho de solicitar restricciones sobre la revelación de su información médica privada.
- Tiene el derecho de recibir comunicación confidencial sobre su condición médica y tratamiento.
- Tiene el derecho a revisar y copiar su información médica privada.
- Tiene el derecho de hacer correcciones o cambios a su información médica privada.
- Tiene el derecho de recibir información sobre a quién y por cual razón su información médica privada es revelada.
- Tiene el derecho de obtener una copia de este aviso.

Family Care Specialists (FCS) Medical Corporación-responsabilidades: Somos responsables bajo la orden de la ley, a mantener su información médica privada protegida. Es nuestro deber darle esta información y también este aviso sobre su información medica privada.

Nuestro derecho de Modificar Nuestras Prácticas de Privacidad: Es permitido por la ley cambiar o modificar nuestras prácticas de privacidad. En el caso que cambiemos algo le daremos un aviso con la descripción de los cambios; incluso, puede obtener una copia de cualquier cambio a través de nuestra página de internet, o puede llamar a nuestra oficina.

Quejas: Si tiene alguna queja sobre nuestras prácticas de privacidad, puede mandar una carta que describe su queja/ desacuerdo a nuestra oficina administrativa:

Family Care Specialists (FCS) Medical Corporation
5823 York Blvd., Suite 1
Los Angeles, CA 90042
Attn: Privacy Officer



Aviso de Practicas de Privacidad Reconocimiento de Recibido

Nombre De Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Al firmar esta forma, usted da su reconocimiento de recibir las condiciones de este aviso que describe las Practicas de Privacidad de Family Care Specialists (FCS) Medical Corporation. Nuestro aviso sobre Prácticas de Privacidad da información sobre las circunstancias en cual podríamos revelar su información médica privada (confidencial) Le recomendamos que lea este aviso cuidadosamente y completamente.

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia del aviso revisado por acceder a nuestro sitio web: <http://www.fcsmg.com/for-patients> o solicitar una copia a la recepcionista de la oficina. Haremos todo lo posible por proporcionarle una copia actualizada del aviso de Prácticas de Privacidad sobre su primera visita al consultorio o después de cualquier nueva práctica de privacidad se aplican.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad.

Yo, _____, doy mi reconocimiento de recibo de este Aviso Prácticas de Privacidad de Family Care Specialists (FCS) Medical Corporation.

Firma: _____ Fecha _____

INHABILIDAD DE OBTENER RECONOCIMIENTO

Para ser completado si la firma no fue obtenida. Si no fue posible obtener la firma y consentimiento del individuo, describa los esfuerzos de buena fe para obtener el reconocimiento de la persona y las razones por que no se obtuvo el reconocimiento:

Firma del representante del proveedor de atención medica:

_____ Fecha _____

Office Locations:
Highland Park
Los Angeles
Los Angeles
Montebello

5823 York Blvd., Ste. 1, Los Angeles, CA 90042
1701 Cesar E. Chavez Ave., Suite 230, Los Angeles, CA 90033
1701 Cesar E. Chavez Ave., Suite 402, Los Angeles, CA 90033
815 W. Washington Blvd., Montebello, CA 90640

Tel. (323) 255-1575 Fax: (323) 255-8139
Tel. (323) 226-1101 Fax: (323) 226-1101
Tel. (323) 317-9200 Fax: (323) 317-9206
Tel. (323) 728-3955 Fax: (323) 728-6905



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

La ley de HIPAA (ley de privacidad) le da al paciente el derecho de poner una restricción sobre los usos y la revelación de su información sobre cualquier tipo de comunicaciones confidenciales que se han llevado acabo sobre su información personal. Tales comunicaciones pueden incluir correspondencia que ha sido enviada a un domicilio equivocado, como su lugar de empleo o a otro lugar que no sea su residencia.

Me gustaría que se comuniquen conmigo de la siguiente manera (marque todas las cajillas que apliquen):

Teléfono

- Teléfono de residencia _____ Celular _____
- Pueden dejar mensaje con información detallada con la persona que conteste el teléfono o en mi máquina de mensajes.
- Pueden dejar un mensaje breve con su número de teléfono con la persona que conteste el teléfono o en mi máquina de mensajes.

Correspondencia/Comunicación Escrita

- Pueden mandar correspondencia a mi domicilio.
- Pueden mandar correspondencia a mi correo electrónico: _____
- Pueden enviar información a través de fax, al número _____

Contacto Alternativo

Yo _____ doy permiso a Family Care Specialists (FCS) Medical Corporation de revelar mi Información Medica Privada a las personas nombrados en este formulario:

Nombre: _____ Parentesco _____ Fecha de Nacimiento _____
Teléfono _____ Dejar mensaje breve y número Dejar mensaje detallada

Nombre: _____ Parentesco _____ Fecha de Nacimiento _____
Teléfono _____ Dejar mensaje breve y número Dejar mensaje detallada

Yo entiendo que es mi responsabilidad para informar a Family Care Specialists (FCS) Medical Corporación por escrito cualquier cambio a esta autorización

Su Firma _____ Fecha: _____