

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

(POR FAVOR IMPRIMA)

MARC W. CROMIE, SR., MD
TODD A. LEVIN, MD
LEE M. PERRY, MD

HYMAN M. KAPLAN, MD
JENNIFER PATEL, MD
JESSICA VAN MASON, MD

Relación su al paciente: Sí mismo Madre Padre Esposa Gráfico # _____

Nombre del paciente: _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado /Código postal: _____

Número de seguro social: _____ Estado Civil: Solo Casado Divorciado Viudo

Fecha de nacimiento: _____ Edad _____ Masculino Femenino

Teléfono de casa (_____) _____ Secundaria (_____) _____ Celular (_____) _____

Más cercano de pariente o amigo (que no sea el cónyuge): _____ Relación: _____ Teléfono: (_____) _____

Medicamentos alergias: _____

Empleador/escuela : _____ Empleador teléfono número (_____) _____

Dirección empleador: _____

Nombre de la esposa: _____ Empleador: _____

Dirección : _____ Empleador teléfono número (_____) _____

Relación si un niño: Madre Madrastra Guardián

Nombre : _____ Número de la seguridad social _____

Fecha de nacimiento : _____ Teléfono de casa: (_____) _____ Celular:(_____) _____

Teléfono del trabajo : (_____) _____ Empleador _____ Ocupación: _____

Relación si un niño: padre padrastro guardián

Nombre : _____ Número de la seguridad social _____

Fecha de nacimiento : _____ Teléfono de casa: (_____) _____ Celular:(_____) _____

Teléfono del trabajo : (_____) _____ Empleador _____ Ocupación: _____

Nombre de cualquier miembro de la familia que ha sido un paciente aquí: _____

Médico de familia : _____ Ciudad/estado : _____ Teléfono(_____) _____

Médico de referencia : _____ Ciudad/estado : _____ Teléfono(_____) _____

Paciente consentimiento médico para uso de divulgar información de salud para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud : Entiendo que al firmar este documento eso de **Chattanooga Alergia Clínica** puede usar y divulgar mi información personal de salud para ayudar a proporcionar una atención de salud, para manejar la facturación y pago y de otras operaciones de atención médica. Un documento detallado denominado el "aviso de prácticas de privacidad" que contiene más información sobre temperatura políticas y prácticas utilizadas para proteger a nuestros pacientes está disponible a petición. Bajo los términos de esta autorización, puedo pedir restringir cómo mi información médica personal es usada o divulgada para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Entiendo que **Chattanooga Alergia Clínica** no tiene que aceptar mi petición, pero seguirá los límites acordados. Tengo el derecho a cancelar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Cancelar este consentimiento no afectaría la información ya usada o divulgada. Entiendo que si cancelo este consentimiento, **Chattanooga Alergia Clínica** no tiene que proporcionar más servicios de salud para mí.

* Por favor lista de cualquier persona que usted nos permite divulgar información médica a ; Esto incluye, pero no se limita a veces cita, resultados de laboratorio, plan de su médico para el cuidado de la salud, etc.

Nombre : _____ Relación : _____ Nombre : _____ Relación : _____

* Podemos dejar resultados de laboratorio, recordatorios de citas, etc. en el contestador de casero Sí No

Teléfono celular: (____) _____ Sí No Paciente / Guardián firma _____

PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA (SI ES DISTINTO DE PACIENTE)

Nombre : _____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____

El paciente (tutor) se compromete a notificar a esta oficina si los cambios se producen en la medicina / historia de la salud. El paciente (tutor) se compromete a ser totalmente responsable del pago de los servicios prestados en esta oficina, excluyendo cualquier monto negociado o contratado de la compañía de seguros PPO/HOM que debe estar escrita de cuenta y no es responsabilidad del paciente. Yo también soy responsable por cualquier abogado honorarios y costos de las colecciones en caso de incumplimiento. Autorizo la publicación de cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamo del seguro y solicitar el pago de los beneficios para el médico de los servicios descritos.

Firma : _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

***Por favor presente la tarjeta de seguro a la Secretaria cuando entregares la hoja informativa ***

SEGURO PRIMARIO

Nombre del asegurado: _____ Relación con el paciente: _____

Numero de Seguridad Social del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Empleador del asegurado: _____

Compañía de seguros: _____

Dirección de reclamaciones de seguros médicos: _____

Número de identificación: _____ Número de grupo: _____

Fechas efectivas: _____ Cantidad de copago: _____

¿Es referido o autorización previa necesaria antes de que servicios pueden ser prestados? _____

SEGURO SECUNDARIA

Nombre del asegurado: _____ Relación con el paciente: _____

Numero de Seguridad Social del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Empleador del asegurado: _____

Compañía de seguros: _____

Dirección de reclamaciones de seguros médicos: _____

Número de identificación: _____ Número de grupo: _____

Fechas efectivas: _____ Cantidad de copago: _____

¿Es referido o autorización previa necesaria antes de que servicios pueden ser prestados?

Aviso de las prácticas de privacidad acuse de recibo: Lo entiendo Bajo la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida (PHI). La clínica de alergias de Chattanooga (CAC) puede usar y divulgar mi PHI para llevar a cabo, planear y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre múltiples proveedores de atención médica involucrados en mi tratamiento, directa e indirectamente, para manejar la facturación y el pago, y para llevar a cabo la normalidad operaciones de salud como evaluaciones de calidad y certificaciones de médicos. Mi firma a continuación constituye mi reconocimiento de que he leído, entendido había sido provisto con una copia de la notificación de prácticas de privacidad. Entiendo que CAC tiene el derecho de cambiar este aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y puedo contactar al CAC en cualquier momento para obtener una copia actual.

Firma del paciente: : _____

* Por favor, enumere debajo de cualquier persona que nos permita divulgar información médica a; Esto incluye, pero no se limita a, los horarios de la cita, los resultados de laboratorio, el plan de su médico para el cuidado de la salud, etc.

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____