



# Doctors Express®

Urgent Care When You Need It

## Formulario de Registro del Paciente

Por favor llene este formato completamente. Vea al reverso el aviso de las Políticas y Practicas de Privacidad .

Nombre completo del paciente:		Número de seguro social:	
Fecha de Nacimiento:	Género: M F	Estado civil: Niño(a) Soltero(a) Casado(a)	
Calle:		Divorciado(a) Viudo (a) Separado(a)	
Ciudad, Estado, Código Postal:		Contacto para emergencias :	
Correo Electrónico:		Teléfono para emergencias :	
Teléfono para mensajes o celular (Si no tiene en casa):		Relación o parentesco con el paciente :	
Teléfono de casa :		Patrón o empleador:	
Médico tratante principal:		Teléfono de trabajo:	
Teléfono del Médico:		¿Cómo se enteró de nosotros?	
MOTIVO DE SU VISITA :		¿Fue una lesión relacionada con su trabajo? sí no	
		¿Fue resultado de un accidente en un vehículo de motor? sí no	
<b>COMPLETE ESTA SECCIÓN SÓLO SI ES MENOR DE 18 AÑOS</b>			
Nombre de Padre o Madre o Acudiente:		Empleador del Padre o Madre o Acudiente:	

### INFORMACIÓN DEL SEGURO (DEBE ser llenado por Doctors Express para aceptar el seguro )

Compañía de seguros principal:	Cantidad de co-pago:
Número de seguro o número de póliza:	Número del grupo:
<b>COMPLETE ESTA SECCIÓN SÓLO SI EL PACIENTE NO ES EL ASEGURADO TITULAR</b>	
Nombre del asegurado titular:	Parentesco con el paciente: Uno mismo Padre o Madre Esposo(a)
Número de seguro social del asegurado titular:	Fecha de nacimiento del asegurado titular:
Dirección del asegurado titular:	
<b>COMPLETE ESTA SECCIÓN SÓLO SI EL PACIENTE TIENE UN SEGURO SECUNDARIO</b>	
Compañía de seguros secundaria:	Cantidad de co-pago :
Número de seguro o número de póliza:	Número del grupo:

**POLITICA DE PAGO:** Es nuestra política requerir el pago de todos los cargos en el momento en que sean efectuados, salvo por algún acuerdo específico hecho previamente. Todas las cuentas por cobrar mayores a 60 días causaran intereses moratorios del 2% mensual o un \$2.00 mínimo. En el caso de cualquier saldo que no sea pagado según lo acordado, el firmante al calce de este documento conjunta y solidariamente autoriza se realice una transacción a su cuenta de tarjeta de crédito para pagar todos los costos derivados por la cobranza de la compañía y honorarios razonables de abogados.  
 Por favor advierta que, no cobramos a terceras partes para su visita, ejemplo: seguro de protección de daños personales, abogados y otros grupos.

He revisado Doctors Express Notice of Privacy Practices y he leído los términos y condiciones en el reverso de esta forma y acepto totalmente la responsabilidad financiera para esta cuenta.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

## AVISO DE POLITICAS Y PRACTICAS DE PRIVACIDAD

*Este anuncio describe como la información medica acerca de usted puede ser usada y revelada y cómo usted puede tener acceso a esta información. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.*

**NUESTRA PROMESA CON RESPECTO A LA INFORMACION MÉDICA:** La privacidad de su información médica es personal, y nosotros estamos comprometidos a protegerla. Creamos un registro del cuidado y servicios que usted recibe en nuestra organización, y necesitamos dicho registro para brindarle a usted cuidados de calidad así como cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso describirá las formas en que nosotros podríamos usar y compartir dicha información.

**PÓLIZA DE SEGURO:** Su seguro le provee reembolsos en cargos médicos permitidos. Como una cortesía para usted le brindaremos un estado de cuenta detallado que usted puede enviar a su compañía de seguros para el pago. Estaremos felices de aceptar la mayoría de las compañías de seguros si usted nos ha brindado información certera. Usted es responsable por todos los deducibles no cubiertos por el seguro. Por favor entienda que no podemos, como tercera parte, estar involucrados en prolongadas negociaciones con la aseguradora, esta es su responsabilidad. De ninguna manera participamos con ninguna política de asistencia médica. De ninguna manera mandamos la cuenta a las compañías aseguradoras por vacunas de viaje.

**AUTORIZACION PARA LIBERAR REGISTROS MÉDICOS:** Autorizo al doctor para dar a conocer información médica y registros en relación a cualquier tratamiento o revisión médica hecha a mi persona. Entiendo que esta información médica puede ser usada para cualquiera de los siguientes propósitos: diagnóstico, seguro, legal, y los momentos cuando el doctor lo considere necesario para asegurarse el mejor tratamiento médico para mi persona. Además entiendo que cualquier persona (as) que reciba esos registros médicos no divulgará ninguna de la información obtenida por esta autorización sin una autorización futura firmada por mí liberando dicha información.

**USO Y REVELACION: Tratamiento.** Su información médica puede ser usada por los empleados o revelada a algún otro profesional en la salud con el propósito de evaluar su salud, diagnosticando condiciones médicas y proveyendo tratamiento. Por ejemplo, resultados de laboratorio, pruebas y procedimientos estarán disponibles en su información médica a todos los profesionales de la salud quienes puedan proveer tratamiento o a quienes pueden ser consultados por los miembros de nuestro personal.

**Recordatorios/Notificaciones.** Nuestro personal usará su información médica para mandarle el seguimiento del tratamiento, remisión o recordatorios de citas. Nosotros podemos también enviarle información describiendo cambios que ocurran en DOCTORS EXPRESS tales como, cambios de direcciones, nuevas locaciones o cambios en horas de atención.

**Información del Tratamiento.** La información referente a su salud puede ser usada para enviarle información que pudiera encontrar interesante para el tratamiento y administración de su condición médica. Nosotros también podríamos enviarle información describiendo otros productos y servicios relacionados que pudieran interesarle.

**Pago.** Podríamos usar y revelar su información médica para efectos de pago. Podríamos necesitar dar la información del plan de su seguro médico para que su plan de salud nos liquide o le reembolse a usted por servicios.

**Operaciones del Cuidado de la Salud.** Su información médica puede ser usada si es necesario para brindar soporte a las actividades del día a día y la administración de DOCTORS EXPRESS. Esto puede incluir la medición y mejora de la calidad, evaluando el desempeño de los empleados, la realización de programas de entrenamiento y acreditaciones, certificados, licencias y credenciales que necesitamos para servirle.

**EJECUCIÓN DE LA LEY.** La información de su salud puede ser revelada a los organismos de seguridad del Estado, para apoyar las auditorias e inspecciones gubernamentales, para facilitar investigaciones para la aplicación de la ley, y para cumplir con los reportes obligatorios para el gobierno.

**Reporte de salud pública.** La información de su salud puede ser revelada a las agencias públicas de salud así como lo requiera la ley. Remuneración de los trabajadores. Podríamos revelar la información de su salud a la remuneración de los trabajadores u otros programas similares.

**Otros usos y divulgaciones que requieran de su autorización.** La revelación de la información de su salud o su uso para algún otro propósito diferente a los listados arriba requiere de su específica aprobación por escrito. Si cambia de opinión después de autorizar el uso o revelación de su información usted puede presentar una revocación por escrito de la autorización. Sin embargo, su decisión para revocar la autorización no afectará ni deshará cualquier uso o divulgación de la información que ocurrió antes de que nos notifique su decisión para revocar la autorización.

**DERECHOS INDIVIDUALES:** Usted tiene ciertos derechos bajo las normas federales de privacidad. Estás incluyen:

- El derecho a solicitar restricciones en el uso y divulgación de la información de salud protegida.
- El derecho a recibir comunicación confidencial con respecto a su tratamiento y condición médica.
- El derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida.
- El derecho a una explicación de cómo y a quien ha sido revelada su información protegida de salud.
- El derecho a recibir una copia impresa de esta información.

**RESPONSABILIDADES DE DOCTORS EXPRESS:** Nos solicita la ley mantener la privacidad de su información de salud y de proveerle de este aviso de las prácticas privadas. También nos solicita cumplir con las políticas y prácticas de privacidad que se describen en este aviso.

**DERECHO PARA REVISAR POLITICAS DE PRIVACIDAD:** Según lo permitido por la ley, nos reservamos el derecho de enmendar o modificar nuestras políticas de privacidad y prácticas. Estos cambios en nuestras políticas y prácticas pueden ser requeridos por los cambios en las leyes federales, estatales y los reglamentos. Previa solicitud, se le proporcionarán los avisos revisados más recientes en cualquier visita a la oficina. Las políticas y prácticas revisadas se aplicarán a toda la información protegida de salud que mantenemos.

**SOLICITUD PARA INSPECCIONAR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA:** En general, usted puede inspeccionar o copiar la información de salud protegida que mantenemos. Según lo permitido por la reglamentación federal, requerimos que las solicitudes para inspeccionar o copiar información de salud protegida se presenten por escrito. Usted puede obtener un formulario para solicitar el acceso a sus registros contactando a la recepcionista o el Funcionario de Privacidad. Su solicitud será revisada y es generalmente aceptada a menos que hayan razones médicas o legales para negar la solicitud.

**COMENTARIOS & QUEJAS:** Si desea enviar un comentario o queja sobre nuestras prácticas de privacidad, puede hacerlo enviando una carta detallando sus inquietudes a esta oficina, en atención al: Oficial de Privacidad.

Si usted cree que sus derechos han sido violados, usted debe llevar el asunto con nosotros mediante el envío de una carta que describe la causa de su preocupación a la dirección indicada anteriormente. Usted no será penalizado o víctima de represalias por presentar una queja.

**PARA INFORMACION ADICIONAL:** Por favor pida en la recepción una copia de las normas de privacidad de Doctors Express.

**FECHA EFECTIVA:** Este aviso es a partir del 1° de Enero del 2006.