



# Paquete Nuevo Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masc.  Fem.  
 Direccion: \_\_\_\_\_ Numero de seguro social: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ En caso de emergencia llamar a: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  Casa  Trabajo  Otro  
 Ciudad, Estado, Zona postal: \_\_\_\_\_ Estado civil:  Casado/a  Soltero/a  Divorciado/a  Viudo/a  
 Primario Telefono: \_\_\_\_\_  Casa  Trabajo  Otro **Doctor que referio:** \_\_\_\_\_  
 Secundario Telefono: \_\_\_\_\_  Casa  Trabajo  Otro **Doctor primario:** \_\_\_\_\_  
 Idioma principal: \_\_\_\_\_ Etnicidad:  Hispano or Latino  Non-Hispano or Latino  Otros  Disminuido  
 Carrera:  Indio Americano/Alaska Nativo  Negro/Afroamericano  Hawaiano Nativo/Islas del Pacifico  Asiatico  Blanco  Disminuido  
 Direccion de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Prefirió farmacia: \_\_\_\_\_

## Empleo del paciente

Empleado/a  Jubilado/a  Desempleado/a  Desabilitado/a Fecha de jubilacion: \_\_\_\_\_ Fecha de desabilidad: \_\_\_\_\_  
 Nombre de compania: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
 Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Zona postal: \_\_\_\_\_

## Seguro Medico

Nombre de seguro primario: \_\_\_\_\_ Numero de identificacion: \_\_\_\_\_ Numero de poliza: \_\_\_\_\_  
 Asegurado:(  Marque si mismo que paciente) \_\_\_\_\_ Relacion al paciente \_\_\_\_\_ Numero de seguro social : \_\_\_\_\_  
 Compania de empleo: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Nombre de seguro secundario: \_\_\_\_\_ Numero de identificacion: \_\_\_\_\_ Numero de poliza: \_\_\_\_\_  
 Asegurado:(  Marque si mismo que paciente) \_\_\_\_\_ Relacion al paciente \_\_\_\_\_ Numero de seguro social : \_\_\_\_\_  
 Compania de empleo: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## Guarantor: (lugar para mandar el estado de cuenta)

Marque si mismo al paciente: **Guarantor:** \_\_\_\_\_ Relacion al paciente \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Zona postal: \_\_\_\_\_

La autorización para Liberar Información Médica

Entiendo que mis registros son confidenciales y no pueden ser revelado sin mi autorización escrita, sino como de otro modo proporcionado por ley. Entiendo que una fotocopia de esta autorización es tan válida como la original. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Yo por la presente autorizo a cualquier médico, sea pasado o presenta, siguiendo mi cuidado para revelar información médica, por el correo o el fax a:

Austin Kidney Associates, PA  
 3000 N. IH-35, Ste. 635  
 Austin, TX 78705

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Al firmar abajo, yo certifico que la informacion demografica y de aseguranza medica al otro lado de esta pagina esta correcta; y si no, he hecho los cambios necesarios a la forma para que indiquen que la informacion este correcta.

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**SI SU SEGURO REQUIERE UNA AUTORIZACION ASEGUERESE QUE USTED TIENE UN CORRIENTE EN EL ARCHIVO. SI NO, QUIZAS NECESITARA CAMBIAR SU CITA.**

## HIPAA ROI

El nombre de paciente: \_\_\_\_\_ La fecha del nacimiento: \_\_\_\_\_

### Información de cita

Verifique por favor todos los métodos siguientes de la entrega del mensaje que están disponibles en caso de que nosotros no la podemos alcanzar. Para cada número, autoriza por favor los nombres con quien podemos arreglar o podemos confirmar su información de la cita.

1. El número de teléfono en casa \_\_\_\_\_
  - a. ¿Podemos dejar nosotros un mensaje detellado? SI / NO
  - b. Podemos arreglar o podemos confirmar su cita con:  
**Solo con usted El esposo(a) La madre El padre El niño(a) Otro**  
Nombre de la persona: \_\_\_\_\_
  
2. El número de teléfono en trabajo \_\_\_\_\_
  - a. ¿Podemos dejar nosotros un mensaje detellado? SI / NO
  - b. Podemos arreglar o podemos confirmar su cita con:  
**Solo con usted El esposo(a) La madre El padre El niño(a) Otro**  
Nombre de la persona: \_\_\_\_\_
  
3. El número de teléfono celular \_\_\_\_\_
  - a. ¿Podemos dejar nosotros un mensaje detellado? SI / NO
  - b. Podemos arreglar o podemos confirmar su cita con:  
**Solo con usted El esposo(a) La madre El padre El niño(a) Otro**  
Nombre de la persona: \_\_\_\_\_

### Información de médica

¿Con quién podemos discutir nosotros o revela su información médica?

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

**He recibido una copia de La intimidad Práctica Vista General de Austin Kidney Associates. Informaré Austin Kidney Associates con cualquier cambios del encima de información de revelación.**

La firma de paciente \_\_\_\_\_ La fecha \_\_\_\_\_

Austin Kidney Associates, PA  
**Office Policy- Leyó por favor con cuidado**

El pago es debido al tiempo del servicio los arreglos previos se hayan hecho. Aceptamos dinero efectivo, cheques personales, Visa, Mastercard, Descubre, y American Express. Se le cobrara un cargo por cheque retorno de \$25.00.

Somos proveedores para varios PPO y planes de seguro de SEGURO MEDICO GLOBAL y podemos archivar nuestro reclamo para usted. Los co-pagos son debidos antes de ver al médico en el tiempo del servicio. Usted sera responsable de obtener alguna referencia o la autorización necesarias de su médico primario del cuidado. Usted es responsable de cualquiera las cargas que no-cubrió. Si su seguro no hace el pago dentro de 45 días, usted puede llamar para la posición del reclamo.

Con frecuencia, las compañías de seguros pueden requerir información adicional del paciente antes de procesar un reclamo. Si usted recibe tal información en el correo, llene por favor la forma y envíe lo a su compañía de seguros lo mas rápido que sea posible. El fracaso para hacer así le hará responsable de la cuenta entera a pesar de nuestra posición del contrato. Esperamos el pago del deducible y las cantidades de coaseguro en el tiempo del servicio, o de la prueba de su deducible que ha sido encontrado. Permitimos 60 días para procesar de sus reclamos al seguro. A fines de ese tiempo, si su seguro no ha pagado, el equilibrio entero llega a ser su responsabilidad.

El cuidado médico: Austin Kidney Associates, PA aceptará la tarea para nuestros pacientes de cuidado Médico. Si usted no tiene un suplemento de cuidado Médico, nosotros esperamos que usted pague su 20 por ciento y, si no encontró, su anual deducible en el tiempo de su visita.

El seguro médico: Austin Kidney Associates, PA archivará los reclamos al Seguro médico en su beneficio. Usted debe presentar una copia actual de su carta de la elegibilidad de Seguro médico en cada visita.

**La tarea de Beneficios**

Yo por la presente autorizo el pago de beneficios de seguro a ser pagado directamente a Austin Kidney Associates, PA para servicios que fueron rendidos. Autorizo a Austin Kidney Associates, PA a liberar a la Asistencia Médica que Financia la Administración y a sus agentes o portador comercial del seguro información necesario para determinar los beneficios o los beneficios pagaderos para servicios relacionados no cubiertos por el seguro. Yo por la presente autorizo la liberación de mis registros médicos a otros médicos y compañías de seguros como sean necesario.

**Consienta Para el Tratamiento**

Yo por la presente autorizo la evaluación y el tratamiento por los médicos de Socios Principales de Nephrology, PA. Entiendo que la firma y la fecha en esta forma no expirarán sin nota escrita ni en el caso que un menor alcanza un adulto, y que una fotocopia de esta forma se considera válida como la original.

**CriticalConnection Central Texas**

Austin Kidney Assoc. es miembro de CriticalConnection Central Texas, propiedad de un doctor médico comunitario co-op que permite a los médicos más fácilmente compartir información médica cuando se presta la atención al mismo paciente. Su información médica sólo será puesta en conocimiento de sus médicos, su personal (si procede), así como otros médicos autorizados para brindar le atención si su médico no está disponible (en lo sucesivo, "incluidos los médicos"). Sólo se publicará información sobre su salud con su consentimiento o cuando lo contrario permitida bajo la ley estatal o federal. Por ejemplo, nosotros podemos compartir información limitada de la salud con un proveedor de atención médica para el servicio de emergencia si está inconsciente y no se ha podido dar su consentimiento. Por mi firma abajo, represento el entendimiento.

**Nota de la Intimidación Práctica**

He revisado esta Nota de la oficina de Prácticas de Intimidación, dentro explica cómo mi información medica se usará y sera revelada. Entiendo que estoy permitida para recibir una copia de este documento.

**Póliza de no presentarse a la cita**

Se requiere un aviso previo de 48 horas de un nutricionista citas y se requiere un aviso previo de 24 horas para el resto de citas. Los pacientes que no llegue a su cita programada o cancelar con menos de la antelación requerida, se cargará una tasa administrativa de \$ 25.00. Esta tasa administrativa no está cubierto por ningún plan de seguro, y será la responsabilidad del paciente.

**Por favor signo debajo de que usted ha leído esta política de la oficina y concuerda a. Si hay un problema, habla por favor con el gerente antes de ver al médico.**

**Firma de paciente o guardian legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_