



ID	
Date	

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: _____

<u>La autorización para Liberar Información Médica</u>	
<p>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:</p>	
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 ASEGURESE 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

ID	
Date	

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. Autorizo a Austin Kidney Associates a verificar mi historial de medicamentos.

CriticalConnection Central Texas

Austin Kidney Assoc. es miembro de CriticalConnection Central Texas, propiedad de undocotor médico comunitario co-op que permite a los médicos más fácilmente compartirinformación médica cuando se presta la atención al mismo paciente. Su información médicasólo será puesta en conocimiento de sus médicos, su personal (si procede), así como otrosmédicos autorizados para brindarle atención si su médico no está disponible (en lo sucesivo,"incluidos los médicos"). Sólo se publicará información sobre su salud con suconsentimiento 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 atenciónmédica para el servicio de emergencia si está inconsciente y no se ha podido dar suconsentimiento. Por mi firma abajo, represento el entendimiento.

Nota de la Intimidad Práctica

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

Cancelaciones/Politica de No Show

Requerimos un aviso de un día laboral con anticipación para todas las citas. Los pacientes que no llegan para su cita programada o cancelar con menos de la notificación previa requerida se le cobrará una tarifa administrativa de \$ 25.00. Esta tarifa administrativa NO está cubierta por ningún plan de seguro y será 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:** _____