



FORMULARIO DE ADMISIÓN DE PACIENTES – Coastal Family Urgent Care

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS (Para seguros militares): _____

Género: Masculino Hembra

Identidad de género:

Masculino Hembra

De hombre a mujer/Mujer transgénero/Mujer Trans De mujer a hombre/Hombre transgénero/Transhombre

Opta por no revelar Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino

Otro: _____

Idioma preferido: _____

Número de teléfono: _____ Móvil Hogar Trabajo

Correo electrónico: _____

Método preferido de comunicación: Correo Teléfono Correo electrónico

Dirección postal: _____ Apt: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Farmacia preferida: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

RESPONSABLE (Debe ser padre o tutor legal de pacientes menores de 18 años) Sí mismo

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección de facturación: _____ Apt: _____ Igual que arriba

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS (Para seguros militares): _____

Número de teléfono: _____ Móvil Hogar Trabajo Correo electrónico: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (Ingrese un padre o tutor legal adicional para pacientes menores de 18 años, si corresponde)

Nombre de contacto de emergencia: _____

Relación: _____ Número de teléfono: _____ Móvil Hogar Trabajo

INFORMACIÓN DE SEGUROS Pago por cuenta propia

Proveedor de seguro médico primario: _____

Plan de Salud: _____ ID de Miembro: _____

Proveedor de seguro de salud secundario: _____

Plan de Salud: _____ ID de Miembro: _____

Motivo de la visita (si procede): _____

Por favor, revise cuidadosamente. Sus iniciales indican su acuse de recibo y permiso para lo siguiente:

- _____ Autorización para dejar mensajes de voz en el número de teléfono proporcionado, que puede contener información médica personal. Esta información puede incluir, pero no se limita a, información demográfica (nombre del paciente, fecha de nacimiento, dirección, etc.), información de facturación e información médica (fechas de citas, diagnóstico, medicamentos, resultados de pruebas, etc.).
- _____ Autorización para enviar correos electrónicos a la dirección de correo electrónico facilitada, que podrá contener información médica personal, si no pueden hacerlo a través de nuestro portal del paciente. Esta información puede incluir, pero no se limita a, datos demográficos información (nombre del paciente, fecha de nacimiento, dirección, etc.), información de facturación e información médica (cita fechas, diagnóstico, medicamentos, resultados de pruebas, etc.). Las comunicaciones por correo electrónico a través de Internet pueden no ser seguras. Aunque es poco probable, existe la posibilidad de que la información incluida en un correo electrónico pueda ser interceptada y



leída por otros además de la persona a la que va dirigido.

- _____ Autorización para enviar mensajes de texto al número de teléfono proporcionado para fines tales como recordatorios de citas, estados de cuenta y cuestionarios de satisfacción del paciente. Es posible que se apliquen tarifas de mensajería.
- _____ Autorización para Coastal Family Urgent Care para solicitar y usar el historial de medicamentos recetados del paciente de un tercero confines dealimentación.
- _____ Autorización para Coastal Family Urgent Care para divulgarregistros médicos a la compañía de seguros del paciente para su facturación propósitos.
- _____ Usted entiende que Coastal Family Urgent Care no asumirá responsabilidad por ninguna propiedad personal traída en la instalación.
- _____ Si algún trabajador de la salud está expuesto a la sangre u otro fluido corporal del paciente, Coastal Family Urgent Care puede realizar una prueba la sangre del paciente para enfermedades que incluyen, entre otras, hepatitis, VIH y sífilis.

A continuación se describe nuestra **Política de Facturación de Seguros**:

- La intención de Coastal Family Urgent Care es brindar atención médica de calidad de manera rentable. Es nuestra obligación proporcionar servicios, suministros o medicamentos que se consideren médicamente necesarios según los estándares profesionales generalmente aceptados para su(s) condición(es) médica(s). Cualquier otro servicio o servicio que no esté cubierto habitualmente por los planes de seguro de salud se discutirá anteriormente.
- Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros, y alentamos a los pacientes a comprender los detalles de su plan de atención médica. Si bien intentamos proporcionar la información más precisa posible, la elegibilidad y los beneficios difieren según el plan de atención médica de cada paciente y, en última instancia, es su responsabilidad consultar con la compañía de seguros para determinar el estado de la red, la cobertura y la responsabilidad financiera. Usted es responsable de cualquiera de los servicios o cargos no cubiertos.
- Se requiere información precisa del seguro con una identificación con foto válida en el momento del servicio. Si no podemos verificar/confirmar la elegibilidad, se le cobrará nuestra tarifa de pago en efectivo y el monto se cobrará en el momento del servicio. Usted será responsable de obtener el reembolso de su compañía de seguros.
- Algunos servicios pueden facturarse por separado para proporcionar servicios auxiliares (es decir, imágenes, procesamiento de muestras de laboratorio) y se hará todo lo posible para utilizar las instalaciones participantes. Cualquier monto no pagado por la compañía de seguros del paciente es su responsabilidad individual.
- Se puede proporcionar y ajustar una pieza de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) (es decir, una bota para andador, muletas, etc.) para usarla durante un período de tiempo para ayudar en su recuperación. Si bien facturaremos a su compañía de seguros por estos productos, será su responsabilidad si no están cubiertos. Debido a la normativa, estos productos no pueden ser devueltos.
- Cualquier monto de copago estimado determinado por el contrato de su compañía de seguros debe pagarse en el momento del servicio. Estos montos no pueden ser renunciados de conformidad con nuestra obligación contractual.
- Si su compañía de seguros no ha procesado su visita dentro de los sesenta (60) días posteriores a la presentación adecuada de su reclamo, el saldo puede transferirse a su responsabilidad de pago.
- Las cuentas morosas están sujetas a cobro en cualquier momento, incluso en el momento del servicio.

_____ Usted comprende y acepta nuestra **Política de Facturación de Seguros** (*necesaria para enviarla a la compañía de seguros*)

Antes de completar esta sección, revise nuestros **TÉRMINOS DE USO, AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD y DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**. Estos formularios también se pueden encontrar en nuestro sitio web en www.coastalfamilyuc.com/forms. También se puede proporcionar una copia a pedido.

Después de la revisión, parrendamiento inicial lo siguiente:

- _____ He revisado, reconozco y acepto los términos del AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.
- _____ He revisado, reconocido y acepto los términos de los DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE.
- _____ He revisado, reconozco y acepto los términos de los TÉRMINOS DE USO.

Al firmar a continuación, usted como paciente o representante autorizado, consiente que Coastal Family Urgent Care brinde servicios de atención médica para el paciente mencionado anteriormente, y reconoce, entiende y acepta los términos establecidos.

Del nombre del paciente/representante autorizado	Firma del paciente /representante autorizado	Fecha
--	--	-------