

## Registro de Pacientes

Bienvenido a nuestra practica!

Fecha \_\_\_\_\_

Primer nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Hombre Mujer Soltero Casado Viudo Divorciado Separado

Dirección \_\_\_\_\_

Cuidad/Estado/código postal \_\_\_\_\_

Número telefónico primario \_\_\_\_\_

Número telefónico secundario \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Dirección de email \_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia \_\_\_\_\_

Teléfono del contacto \_\_\_\_\_ Cual es la relación del contacto \_\_\_\_\_

Con quien podemos compartir su información medica \_\_\_\_\_

### Información de su farmacia

Nombre de la farmacia \_\_\_\_\_

Dirección de la farmacia \_\_\_\_\_

Teléfono de la farmacia \_\_\_\_\_

Quién es su médico de cabecera \_\_\_\_\_

Quien le refirió al Dr. Bravo \_\_\_\_\_



## Aviso al paciente

### Paciente por favor lea la siguiente información:

1. Habrá un cobro de \$25.00 por una cita a la que no venga a menos de que usted la cancele con 24 horas de anticipación.
2. El pago se lo espera en el momento de los servicios otorgados a no ser que se haya llegado a un acuerdo financiero.
3. Por favor notifique en la recepción de cualquier cambio en su dirección, número de teléfono o cobertura de su seguro médico antes de su cita. Si usted nos da esa información el día de su cita, tendrá que esperar hasta que podamos verificar toda la información. En algunos casos, se podría pedir que cambie su cita.
4. Es su responsabilidad como paciente el que traiga a su visita una referencia valida para su cita o se le pedirá que pague por la visita en su totalidad.
5. Hay una tarifa de \$35.00 por copias de registros médicos, formularios de FMLA, formularios de discapacidad y otras notas que el medico tratante deba completar. Esta tarifa no se aplica a las copias de los registros médicos que son enviadas directamente a otro médico tratante.
6. Habrá una tarifa de manejo de \$25.00 por cheques devueltos.
7. Yo entiendo que si presento un cheque con fondos insuficientes (NSF) para el pago de mi cuenta, se me cobrara una tarifa de \$35.00 NSF. Además, entiendo que en ese caso deberé saldar mi cuenta en efectivo, con una orden de pago, con un cheque certificado o con tarjeta de crédito.
8. He leído y/o recibido una copia (se le dará copia si la solicita) de las políticas HIPPA del Dr. Arturo A. Bravo \_\_\_\_\_ (iniciales)

He leído y entiendo este Aviso al paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



## **Registro de Pacientes, Continuación**

Recuerde que el seguro médico se considera un método para reembolsar al paciente las tarifas pagadas al médico, pero generalmente no está diseñado para pagar la tarifa completa. Debido a que las compañías de seguros varían en la cantidad que pagarán por los diversos servicios, es en última instancia su responsabilidad pagar las porciones de la factura que no pagó su compañía de seguros (a menos que la ley o un acuerdo que hayamos hecho con la aseguradora lo haya restringido).

---

Firma del paciente

---

Fecha

