

Aurora Family Medicine Center, P.C.

Nombre del paciente(en letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del paciente: _____ Teléfono : _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Miembros de la familia	Sexo	Fecha de Nacimiento	Relación	Nombre del Medico

Nombre de la compañía de seguros primaria y Tenedor de una póliza: _____

¿Alguna otra cobertura de seguro? **SÍ NO** (circula respuesta)

¿Están todos los miembros cubiertos por el seguro anterior? **SÍ NO** (circula respuesta)

Si no, Nombre de otros seguro: _____

Autorizo el pago de beneficios médicos al médico o proveedor que suscribe por estos servicios y todas las reclamaciones futuras. Firma aquí

X

Autorizo la divulgación de mi información médica necesaria para procesar este reclamo y todos los reclamos futuros. Firma aquí

X

Nuestra oficina contacta a los pacientes por una variedad de razones. En un esfuerzo por proteger su privacidad, hemos desarrollado una política para dejar la información médica. Complete la información a continuación para que podamos servirle mejor.

A MENOS QUE TENGAMOS SU PERMISO ESCRITO PARA HACERLO

- NO dejaremos mensajes con nadie excepto con el paciente o tutor legal.
- NO dejaremos ninguna información de salud en un contestador automático o correo de voz.

Lea a continuación y díganos qué prefiere:

Yo, _____, le doy al Aurora Family Medicine Center mi permiso para dejar mensajes telefónicos sobre mi atención médica y los resultados de las pruebas con las siguientes personas. Entiendo completamente que este consentimiento permanecerá hasta que sea revocado por escrito.

Correo de voz de mi celular: # _____ Iniciales _____

Mi contestador automático: # _____ Iniciales _____

Correo de voz de mi oficina/trabajo: # _____ Iniciales _____

Mi cónyuge: # _____ Iniciales _____

Otros: # _____ Iniciales _____

Por favor indique con quién nos da permiso para hablar sobre su atención médica:

La práctica del Aurora Family Medicine Center, P.C. se compromete a salvaguardar la PHI en tránsito mediante el uso de cifrado cada vez que se envía por correo electrónico la PHI fuera de la práctica a través del portal del paciente. Sin embargo, en situaciones en las que la práctica se **solicita** directamente al paciente, el paciente comprende que la práctica solo podrá enviar correos electrónicos sin cifrar al paciente. Esto significa que puede haber cierto **nivel de riesgo** de que un tercero pueda leer la información del correo electrónico. Si este riesgo es aceptable para el paciente, por favor, **inicial aquí** _____, de lo contrario, solo utilizaremos el portal del paciente.

Dirección de correo electrónico: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor: _____