

Please answer in English
if at all possible.

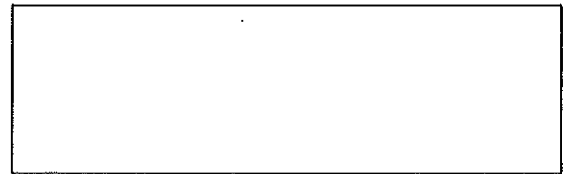
Page 1 of 1
Rev. 3/13

Thank you

Clinton Family Physicians
102 S. Charles G Seviars Blvd.
Clinton, TN 37716
865-457-4702/865-457-7178 fax

Fecha: _____

INFORMACION DE PACIENTE						
Nombre(Apellido,Primer,Segundo):		Numero Social:		Dia de Nacimiento	Edad	Sexo
Direccion			Ciudad, Estado, Codigo Postal			
Numero Telefono de Casa		Numero Celular		Correo Electronico		
Estado Civil	Eres estudiante?	Fumas? Si o No	Veterano de Guerra? Si o No	Etnicidad: hispano o no hispano		Medico de Atencion Primaria
Medico de Referencia		Numero de Contacto Medico de Referencia		Otro Medicos		
Raza(circulo la repuesta):Negro, Nativo de Alaska, Asiatico, Frances, Aleman, Griego, Hawalano, Hispano, Indio, Razas Multiples, Nativo Indio Americano, Islas de Pacifico, Blanco					Idioma	
Nombre de Contacto de Emergencia			Numeros de Contacto de Emergencia			
Nombre de Empleador y Su Direccion				Numero de Empleador		
Si el paciente es menos de 18 años de edad, por favor llenar abajo.						
Nombres de los Padres o Tutor			Numero de Telefono de los Padres o Tutor			
Informacion de la Persona responsable por pagar si es diferente de encima						
Nombre (apellido, primero, segundo)		Numero Social:		Dia de Nacimiento	Edad	Sexo
Direccion			Ciudad, Estado, Codigo Postal			
Numero de Telefono de Casa		Numero Celular	Numero de Empleador		Relacion al Paciente	
SEGURA PRIMARIA						
Nombre de la Compania de Segura		Nombre de la Persona que Tiene la Segura			Direccion de la Persona	
Dia de Nacimiento de la Persona		Numero de Social	Numero de Tarjeta de Segura		Relacion al Paciente	
SEGURA SECONDARIA						
Nombre de la Compania de Segura		Nombre de la Persona que Tiene la Segura			Direccion de la Persona	
Dia de Nacimiento de la Persona		Numero de Social	Numero de Tarjeta de Segura		Relacion al Paciente	
De Compensacion al Trabajador						
Estas aqui por compensacion al trabajador? Si ___ No ___ Fecha: _____						
Accidente						
De Auto: ___	De Trabajo ___	Otro ___	Fecha del Accidente _____			
Tiene Alguna Directivas Anticipadas como testamento vital? Si ___ No ___						
Tiene Poder? Si ___ No ___						
Si, Contestas si a una de esos preguntas por favor necesitamos una copia por su registros medicos.						



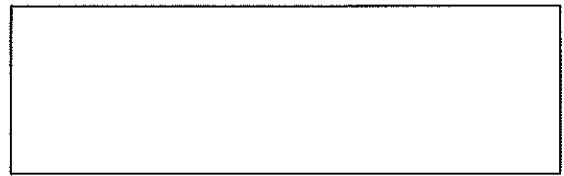
EN CONSIDERACIÓN DE ESTA PRÁCTICA MÉDICA (LA "PRÁCTICA") QUE PROPORCIONA SERVICIOS AL PACIENTE, EL PACIENTE (O EL REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO DEL PACIENTE, EN NOMBRE DEL PACIENTE) ACUERDA LO SIGUIENTE:

I. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y SERVICIOS MÉDICOS: El individuo abajo firmante autoriza con la presente a la Práctica y sus profesionales asociados para proporcionar tratamiento y servicios médicos al paciente y da consentimiento para cuidados médicos de diagnóstico y terapéuticos, artículos, servicios y procedimientos proporcionados por la Práctica, sus profesionales de la salud, asistentes y designados. Tal consentimiento incluye el consentimiento para la documentación fotográfica/vídeo del tratamiento médico del paciente en el caso de que el profesional de la salud del paciente lo considere médicamente necesario. Hay riesgos y peligros potenciales a cualquier tratamiento médico o servicio, y no hay garantía de éxito sobre cualquier tipo de tratamiento o servicio en particular proporcionado por la Práctica o sus profesionales de la salud. Es responsabilidad del médico de la Práctica proporcionar información adecuada sobre el tratamiento o servicio propuesto y obtener cualquier consentimiento adicional necesario antes de proceder, con excepción del caso de una emergencia u otra circunstancia sensible al tiempo. El personal de la Práctica puede obtener la firma para dicho consentimiento. El paciente tiene el derecho de cuestionar y rechazar el tratamiento; sin embargo, si un tratamiento propuesto es rechazado, el abajo firmante acuerda a que la CMG, la Práctica y sus profesionales de la salud asociados y el personal quedará liberado de toda responsabilidad por no haber dado tratamiento al paciente.

II. CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS DE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS: el individuo abajo firmante consiente a que al paciente se le practique la prueba de hepatitis, infección por virus de inmunodeficiencia humana, o cualquier otra enfermedad infecciosa de transmisión sanguínea, así como para cualquier otra enfermedad contagiosa o condición, si y cuando otro paciente, un profesional de la salud u otro individuo que proporcione servicios al paciente en la Práctica, un empleado de la Práctica, o un trabajador de ayuda de emergencias llegue a tener una exposición potencial al paciente. Si estas pruebas llegan a ser necesarias, se harán sin costo alguno para el paciente.

III. CÁLCULO Y PAGO DE GASTOS: El paciente es responsable y está individualmente obligado al pago de cobros de la Práctica en la cuenta del paciente y el individuo abajo firmante entiende y está de acuerdo con lo siguiente: (1) los cobros de la Práctica se mantienen en un "chargemaster," un listado de tarifas, donde las porciones relevantes podrán ser examinados para efectos de verificación de la cuenta del paciente, durante las horas regulares de trabajo en nuestra oficina de facturación. La Práctica se reserva el derecho de modificar las tarifas en el listado. Los cobros en la cuenta del paciente se calculan con base en el listado de tarifas vigente a partir de la fecha en que los cobros por dichos artículos o servicios se generen. 2) El paciente es responsable de la parte de la factura de la Práctica no cubierta por el seguro médico, la cual se debe en su totalidad al momento de recibir la factura. Cualquier cantidad no pagada en su totalidad por el seguro médico, por cualquier razón, es responsabilidad del paciente (3) La Práctica tiene una política de atención con descuento para pacientes sin seguro médico, como también una política de atención a personas indigentes. Si el paciente no tiene seguro médico, el paciente tiene automáticamente derecho a un descuento en el listado de tarifas de acuerdo con la política de la Práctica de descuento para pacientes sin seguro médico. Además, si el paciente no tiene seguro médico y cumple con ciertos criterios establecidos en la política de la Práctica de atención a indigentes (incluyendo, sin limitación, el criterio de ingresos), el paciente puede tener derecho a descuentos adicionales en el listado de tarifas. Para más información, por favor póngase en contacto con los asesores financieros de la Práctica en nuestra oficina o en la oficina de facturación de la CMG en el 865-374-5200. (4) La cantidad del cobro al paciente de la Práctica puede diferir de la cantidad que otros pacientes estén obligados a pagar debido a la cobertura del seguro médico de cada paciente, la cobertura de Medicare/Medicaid, o a la falta de cobertura de un seguro. La cantidad de descuento en el cobro varía en función de las circunstancias aplicables a cada individuo conforme a las políticas de la Práctica. (5) Después de un aviso razonable, las cuentas atrasadas pueden ser entregadas a una agencia de cobranzas y/o abogado para su cobro. El paciente se compromete a pagar los costos de cobranza, incluyendo los costos judiciales, honorarios razonables de abogados, honorario de cobranzas y costos razonables por intereses relacionados con los esfuerzos de la Práctica para cobrar las cantidades adeudadas.

IV. CERTIFICACIÓN MEDICARE/MEDICAID DEL PACIENTE Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: El individuo abajo firmante certifica que la información proporcionada en la solicitud de pago o reembolso bajo los Títulos XVIII y XIX de la Ley del Seguro Social es verdadera y correcta. Además, el abajo firmante certifica que es correcta y completa la información proporcionada en relación con el seguro médico del paciente, HMO, plan de salud, indemnización laboral u otra cobertura para los servicios y artículos suministrados al paciente por la Práctica, y el abajo firmante accede a que la Práctica facture a dichos pagadores, los artículos y servicios proporcionados por la Práctica al paciente. El abajo firmante irrevocablemente cede a la CMG (o, si los profesionales de la Práctica no son empleados de la CMG, a la Práctica) todos los derechos, títulos e intereses por concepto de compensación o pagos que de otra manera se le pagarían al paciente, o recibidos por, o en nombre del paciente, por artículos y servicios suministrados por la Práctica, de cualquier origen o pagador de la cuenta del paciente, incluyendo Medicare/Medicaid/TennCare, compañías de seguros, HMO, y cualquier otro tercero pagador o persona financieramente responsable, que no exceda los gastos por servicios o artículos suministrados.



Con la notificación de esta asignación, cualquier persona, empresa o entidad gubernamental, está autorizada y tiene la orden de pagar directamente a la CMG (o, si los profesionales de la Práctica no son empleados de la CMG, a la Práctica) todas las cantidades debidas por los artículos y servicios suministrados al paciente por la Práctica. Salvo lo dispuesto en la sección III o por la ley, el paciente es financieramente responsable ante la Práctica por los cobros no cubiertos por estas autorizaciones. El abajo firmante entiende que hay ciertos artículos y servicios para los cuales los pagadores, incluyendo Medicare y TRICARE/CHAMPUS/CHAMPVA, no pagan. Las cantidades no pagadas por un tercero pagador son obligación del paciente. **El paciente es responsable de todos los deducibles y coseguros del seguro de salud o plan de salud, así como por los artículos y servicios no cubiertos o excluidos.** Si luego se determina que el paciente tiene un plan de salud HMO u otro plan primario fuera de Medicare y no informó a la Práctica de dicha elección antes del servicio, el paciente será responsable de pagar la cuenta. En el caso de series de servicios sean prestados al paciente por la Práctica, este Acuerdo permanecerá en pleno vigor y efecto para toda la serie de servicios hasta que sea específicamente revocado por escrito. El abajo firmante se compromete a firmar todo documento que pueda ser razonablemente requerido para confirmar y justificar los derechos de la Práctica o de CMG por el presente acuerdo. Adicionalmente el abajo firmante acepta que una copia de esta asignación puede ser utilizada en lugar de la copia original.

V. ACUSO DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD; CONSENTIMIENTO PARA USAR Y REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD: El abajo firmante reconoce haber recibido la notificación de la Práctica sobre Prácticas de Privacidad que se incorpora a este Acuerdo por referencia, y accede a utilizar y revelar información protegida de la salud del paciente y registros de otros pacientes (a) de conformidad con dicha Notificación, incluyendo sin limitación, para propósitos del tratamiento, pago y funciones de operaciones de atención médica descritas en dicha Notificación, ya sea por medio electrónico de intercambio de información médica o de otro tipo, y (b) según lo autorizado o permitido por la ley federal o estatal. En consonancia con lo anterior, el abajo firmante accede a que la Práctica divulgue la totalidad o parte de la historia médica del paciente para efectos del tratamiento y a cualquier persona, empresa o entidad que sea o pueda ser responsable por los gastos incurridos por la Práctica o para la determinación de la necesidad, idoneidad, cantidad, o cualquier otro asunto relacionado con dichos servicios o gastos, incluyendo, sin limitación, las compañías de seguros, HMO, PPO, administradoras de indemnización laboral, los fondos de asistencia social, los planes gubernamentales de salud, la Administración del Seguro Social, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o cualquier contratista de la misma. El abajo firmante también acceda a la divulgación por el plan de salud del paciente u otro administrador de seguros a la Práctica y a CMG de cualquier elegibilidad, uso o datos del plan concerniente a la cobertura del paciente que pueda ser requerida.

VI. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE; OBJETOS PERSONALES: El abajo firmante accede a una documentación fotográfica del paciente para fines de identificación y registro. Además, el abajo firmante está de acuerdo en que la Práctica no se hace responsable por la pérdida o daño de cualquier dinero, joyas, anteojos, ropa, aparatos auditivos u otros objetos personales

VII. NOTIFICACIÓN/AUTORIZACIÓN DEL PLAN DE SALUD; NOMBRAMIENTO: Si el plan de salud del paciente, aseguradora u otra cobertura requiere la notificación/autorización como condición de pago de los servicios, el paciente debe proporcionar dicha notificación y obtener dicha autorización. Por la presente, el paciente asume por completo la responsabilidad financiera por los costos incurridos como resultado de la falta de cumplimiento con el requisito de notificación/autorización previa. No obstante lo anterior, el abajo firmante nombra a la Práctica como agente para efectos de solicitar la autorización previa para los servicios que ordenen los profesionales de la salud de la Práctica en un hospital del Covenant Health (por ejemplo: servicios de laboratorio) y accede a que la Práctica pueda delegar dicho nombramiento a dicho hospital. El abajo firmante reconoce que no hay garantía o seguridad que la autorización sea otorgada.

VIII MODIFICACIONES: Las revisiones del presente Acuerdo no entrarán en vigor o serán cumplidas a menos que sean aceptados por escrito por un oficial corporativo de la CMG.

IX. CONTACTO CON EL PACIENTE. El paciente puede ser contactado en el siguiente número de teléfono:
_____ Además, *por favor marque uno de los siguientes:*

La Práctica puede contactar o dejar mensajes con respecto a citas y resultados de laboratorio/pruebas con los siguientes:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____



- La Práctica no puede dejar mensajes con respecto a citas y resultados de laboratorio/pruebas con nadie que no sea el paciente.

HE LEÍDO Y COMPRENDIDO ESTE ACUERDO DE REGISTRO Y AL FIRMAR AQUÍ ABAJO ESTOY DE ACUERDO CON SUS TÉRMINOS. SI EL ABAJO FIRMANTE NO ES EL PACIENTE, DICHO INDIVIDUO CERTIFICA QUE ÉL/ELLA ES EL REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL PACIENTE Y TIENE TODA LA AUTORIDAD LEGAL NECESARIA PARA FIRMAR ESTE ACUERDO EN NOMBRE DEL PACIENTE.

FIRMA: PACIENTE (O EL REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO DEL PACIENTE)

SIGNATURE: PATIENT (OR PATIENT'S LEGALLY AUTHORIZED REPRESENTATIVE)

FIRMA	_____	NOMBRE (LETRA IMPRENTA)	_____
NOMBRE DEL PACIENTE	_____	RELACION CON EL PACIENTE	_____
FECHA	_____	HORA	_____ AM/PM

Una copia de este Acuerdo será proporcionado a petición del interesado