CARE4ALLPLLC

Apellido: Primero: Medio:		**Fecha de nacimiento:**	**Número de Seguro Social:**	
Dirección de hogar: **apartamento/zona:**		**Ciudad:**	**Estado:**	**Código Postal**
Número de teléfono de la casa:	**Número de teléfono celular:**	**Método preferido de notificación:** **Casa____ Celular____**		
Sexo: Masculino_____ **Sexo: Femenino_____**	**Estado civil: Viuda_____ Single_____** **Casado_____** **Separados_____**	**Idioma principal:**		
Raza: Blanco_____ negro/africano _____ **Asiático_____ Americano Indiano/Alaska_____ Otro_____**		**Etnia: Hispano o Latino o español Origen_____** **Sin hispano, latino o español Origen_____**		
Nombre Legal de la Doncella/Anterior:	**Actualidad de la madre y nombre de la doncella si el paciente menor:**	**Nombre del Padre, si el Paciente Menor:**		
Ocupación del paciente:	**Nombre del hostal/empresa:**	**Dirección del cliente:**	**Número de teléfono del empleador**	
Persona a en caso de emergencia:	**Dirección de contacto de emergencia:**	**Teléfono de contacto de emergencia:**	**Relación con el paciente:**	

Información de seguros

Primer Seguro:		**Fecha de entrada:**
Dirección postal:		
Ciudad:	**Estado:**	**Código Postal:**
Nombre del suscriptor:	**Campania De Trabajo:**	
Número de Cuenta:	**Grupo:**	

Seguro Secundario:		**Fecha de entrada:**
Dirección postal:		
Ciudad:	**Estado:**	**Código Postal:**
Nombre del suscriptor:	**Campania De Trabajo:**	
Número de Cuenta:	**Grupo:**	

CARE4ALLPLLC

Acuerdo financiero		
Parte Responsable si el Paciente Menor de 18 años:	**Relación con el paciente:**	**Número de Seguro Social de la Parte Responsable:**
Dirección postal: Apartamento/zona Ciudad: Estado: Código Postal		**Número de teléfono de la parte responsable:**

Responsabilidad del Pago.

Como paciente/garante, acepto ser responsable del pago de los servicios al recibir el estado de cuenta de acuerdo con las siguientes pautas:

- **Si no hay cobertura del plan de salud o elijo pagar por sí mismo por los servicios médicos prestados, responsable del pago en el momento del servicio o estableceré acuerdos de pago con la recepción de Care4All Pllc.**
- **Si mi plan médico no cuenta un acuerdo contratado con Care4All Pllc, asumiré toda la responsabilidad por el saldo de mi cuenta no pagado por mi plan. Esto se conoce a menudo como "fuera de la red" o tener un plan de indemnización.**
- **Si mi plan de salud es contratado (participando) con Care4All Pllc, acepto pagar todos los copagos aplicables en la fecha del servicio, como así todos los deducibles, Colseguros y cargos por beneficios no cubiertos.**

Asignación de Beneficios de Seguros y Divulgación de Información.

Autorizo el pago de todas las compañías de seguros y pagadores aplicables directamente a Care4All Pllc por los beneficios quirúrgicos y/o médicos que de otro modo me pagarán bajo los términos de mi póliza, pero no exceder el saldo debido a los médicos y/u otros proveedores por los servicios proporcionados durante mi tratamiento. Entiendo y acepto que puedo ser financieramente responsable ante Care4All Pllc por los cargos no pagados por mi póliza de seguro y los pagadores. Autorizo a Care4All Pllc a usar y divulgar mi información médica protegida (PHI), incluyendo información sensible relacionada con la salud mental, abuso de sustancias, VIH/SIDA, pruebas genéticas, cuidado de hospicio y otros asuntos sensibles según sea necesario para fines de pago. Permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original.

Care4All Pllc me proporcionará una copia de este formulario a petición.

_____ _____

Firma del paciente o del guardian legal

Fecha: _____

CARE4ALLPLLC

Consentimiento:

Consentimiento para el tratamiento. Doy mi consentimiento para que Care4All Pllc me proporcione servicios de salud y tratamiento. Doy mi consentimiento para la evaluación o el tratamiento que el proveedor de atención médica asignado considere necesario. Esto puede incluir pruebas diagnósticas, procedimientos de radiología y laboratorio, administración de medicamentos, cultivos de, administración de anestésicos, pruebas de VIH y otros procedimientos y tratamiento de pruebas necesarios. Entiendo que, salvo circunstancias o extraordinarias de emergencia, ciertos procedimientos no se llevarán a cabo sin que se me brinde la oportunidad de dar su consentimiento de información para los procedimientos. Entiendo que tengo el derecho de negar el consentimiento a cualquier procedimiento o tratamiento propuesto en cualquier momento antes de su ejecución. Entiendo que este consentimiento se da antes de cualquier diagnóstico o tratamiento específico. Tengo la intención de que este consentimiento continúe por naturaleza incluso después de que se haya hecho un diagnóstico específico y se recomiende el tratamiento. Este consentimiento permanecerá en sus documentos ...

Inicie aquí que indica que ha leído la declaración anterior.

Iniciales del representante del paciente o del paciente. _____

Fotografías y Videos

Durante el tratamiento de atención médica, acepto que Care4All Pllc puede tomar fotos y videos de mí para su identificación, tratamiento y otros propósitos legales. Todas las fotos tomadas por Care4All Pllc mientras cuido de mí serán procesadas como parte de mi archivo médico y estarán sujetas a la ley de privacidad aplicable. Care4All Pllc no tomará una foto mía durante mi tratamiento para ningún otro propósito sin mi permiso por escrito.

Dirección de correo electrónico del correo electrónico y portal del paciente:
_____

Si he proporcionado mi dirección de correo electrónico en este formulario, o si me he registrado en el portal del paciente, acepto recibir una notificación electrónica del anuncio y el formulario de información de Care4All Pllc, incluyendo, pero no limitado a, el aviso de notificación de privacidad y otra información. Acepto actualizar mi información de contacto con Care4All Pllc si es necesario o informar a Care4All Pllc por escrito si ya no deseo recibir correos electrónicos.

Inicial aquí que indica que ha leído la declaración anterior.

Iniciales del representante del paciente o del paciente. _____

CARE4ALLPLLC

Firma: Care4All Pllc me proporcionará una copia de este formulario a petición. Recibí y leí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Care4All Pllc HIPAA (Aviso). Este consentimiento se aplica a toda mi PHI, a pesar de que Care4All Pllc lo obtuvo antes o después de firmar este formulario. Al firmar a continuación, acepto y autorizo el uso y liberación de mi IP como se explica en este formulario y aviso, así como a mi tratamiento, y para ser contactado para los fines descritos en el aviso, incluyendo para el procesamiento, cirugía hospitalaria, contabilidad, facturación, pago, cobro y posible tratamiento de beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de interés. Certifico que la información médica y financiera que proporciono a Care4All Pllc es verdadera, completa y precisa en todos los aspectos.

Nombre del paciente/representante del paciente (por favor imprima):
_____ _____

Firma: **Fecha:**

_____ **_____**

Relación con el paciente (si no está firmado por el paciente)

Padre o Guardián Legal

Otros (explicar autoridad) _____