

Physician Group

OF UTAH, INC.

Fecha: _____

Médico/proveedor que visita hoy: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido del paciente		Nombre		Segundo nombre	
Sexo M F	Fecha de nacimiento / /	Número del Seguro Social	Teléfono móvil		Teléfono particular
Dirección			Ciudad	Estado	Código postal
Ocupación		Empleador		Teléfono laboral	
Dirección del empleador			Ciudad	Estado	Código postal
Número de licencia de conducir	Dirección de correo electrónico		Estado civil:		
<i>¿Podemos enviarle boletines informativos electrónicos periódicos para pacientes?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No gracias		<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a			
Idioma que prefiere		<i>Las preguntas sobre raza y grupo étnico tienen como objetivo identificar necesidades de atención adicionales de nuestra diversa población de pacientes y no se usarán para discriminar de ninguna forma.</i> Raza <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino			
Grupo étnico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Multiétnico <input type="checkbox"/> Otro					
Nombre y dirección del médico que lo remite					Teléfono (OBLIGATORIO)
Información de contacto en caso de emergencia (nombre completo/relación con el paciente):					Teléfono (OBLIGATORIO)

¿Qué influyó en su decisión de acudir a nuestro consultorio?

<input type="checkbox"/> Amigo/familiar	<input type="checkbox"/> Folleto	<input type="checkbox"/> Búsqueda en línea	<input type="checkbox"/> Anuncio en periódico/revista	
<input type="checkbox"/> Seguro médico	<input type="checkbox"/> Cartel colgante	<input type="checkbox"/> Sitio de Internet de la clínica	<input type="checkbox"/> Páginas amarillas	<input type="checkbox"/> Radio
<input type="checkbox"/> Remisión del médico	<input type="checkbox"/> Evento comunitario/feria sobre salud	<input type="checkbox"/> Facebook/redes sociales	<input type="checkbox"/> UTortho.com	<input type="checkbox"/> Baby Your Baby
<input type="checkbox"/> Seminario/charla	<input type="checkbox"/> Sitio de Internet del hospital o línea de remisión	<input type="checkbox"/> Letreros	<input type="checkbox"/> Otros _____	

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE

Relación con el paciente		Apellido		Nombre		Teléfono particular			
Dirección postal				Ciudad		Estado		Código postal	
Número del Seguro Social		Fecha de nacimiento		Empleador			Teléfono laboral		
Dirección del empleador				Ciudad		Estado		Código postal	
Nombre del cónyuge (y apellido si difiere)				Empleador			Teléfono		

INFORMACIÓN DEL SEGURO (DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD PARA SU VERIFICACIÓN)

Compañía del seguro principal		Monto del copago		Nombre del titular de la póliza		Fecha de nacimiento del titular / /		Relación del paciente con el asegurado: <input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Dirección de la compañía de seguro						Fecha de entrada en vigencia:		Teléfono	
Número de la póliza		Número del grupo			Nombre del grupo				
Compañía del seguro secundario		Monto del copago		Nombre del titular de la póliza		Fecha de nacimiento del titular / /		Relación del paciente con el asegurado: <input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Dirección de la compañía de seguro						Fecha de entrada en vigencia:		Teléfono	
Número del grupo		Número de la póliza							

INFORMACIÓN DE LA LESIÓN (DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD)

¿Motivo de la visita?			¿Por qué tipo de lesión lo atendemos? (Indique derecha o izquierda si corresponde)		
Fue: <input type="checkbox"/> Un accidente <input type="checkbox"/> Una lesión		Fecha del accidente o lesión / /		Sitio del accidente: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Nombre de la escuela		Deporte/actividad		¿Cómo sucedió la lesión?	
¿Está relacionado con su empleo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿cuál es la aseguradora industrial de su compañía?				Número de reclamación	
Nombre o dirección del lugar de la lesión:				Nombre y número de teléfono del ajustador	

Nombre del paciente:Apellido, nombre, inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento mm/dd/aaaa	Número de registro médico
--	--------------------------------	---------------------------

Como Paciente o representante legal autorizado del Paciente, en representación de éste último que recibe atención en esta Instalación de Physician Group of Utah (PGU), ofrezco los siguientes consentimientos, acuerdos y convenios en mi nombre y en el del Paciente. En consideración parcial de los servicios de atención médica que deben ser provistos al Paciente en la Instalación de PGU, incluyendo IASIS Healthcare y sus afiliadas.

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS: Por el presente, brindo consentimiento para que la Instalación, sus contratistas, médicos y empleados ofrezcan servicios de atención médica al Paciente y para que acaten las órdenes médicas que sean en beneficio del Paciente respecto de esta consulta y cualquier consulta futura. Comprendo que el presente consentimiento podrá ser revocado por escrito en cualquier momento. Comprendo que existe riesgo de daño significativo y grave en los servicios de atención médica mencionados, y acepto el riesgo con la esperanza de obtener resultados beneficiosos de dichos servicios. No se ha hecho promesa alguna sobre un resultado exitoso en particular. Comprendo y acepto que existe cierta incertidumbre respecto de los servicios de atención médica para los cuales se otorga el presente consentimiento. Comprendo que los médicos son independientemente responsables de brindar explicaciones sobre sus acciones y, en algunos casos, de obtener consentimiento separado por los servicios que prestan.

CONTRATISTAS INDEPENDIENTES: Comprendo que algunos médicos y otros proveedores de atención médica que presten servicio al Paciente, incluyendo residentes, practicantes y otras personas en proceso de capacitación, podrán ser contratistas independientes y no empleados de PGU, y que estos empleados están sujetos a las disposiciones de la "Utah Governmental Immunity Act" (Ley sobre inmunidad del gobierno de Utah), UCA 63-30-1, et seq., U.C.A. 1953 conforme a sus enmiendas, la cual controla todos los procedimientos y las disposiciones respecto de cualquier reclamación por responsabilidad o mala praxis que involucre a los individuos mencionados anteriormente.

CESIÓN DE BENEFICIOS: Cualquier y todo beneficio de compañías aseguradoras y otros terceros responsables de los pagos que sean pagaderos al Paciente o en nombre del Paciente por servicios de atención médica, y pagos relacionados por servicios prestados o provistos al Paciente, son por el presente transferidos y cedidos a la Instalación con el fin exclusivo de pagar los cargos asociados a los servicios de atención médica provistos al Paciente en la Instalación. Comprendo y es mi intención que todas las compañías aseguradoras y otros terceros responsables de los pagos realicen el pago de los beneficios en forma directa a la Instalación por los cargos de ésta, así como los cargos de cualquier otro proveedor de atención médica por quien la Instalación está autorizada a facturar en concepto de servicios de atención médica provistos al Paciente.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA: El Paciente y el que suscribe, si no fuese el Paciente, acuerdan en forma mancomunada y solidaria pagar todos los servicios de atención médica prestados al Paciente en la Instalación, incluyendo sin limitación alguna,

cualquier monto no pagado por cualquier compañía aseguradora o tercero responsable del pago (se excluyen los descuentos contractuales). El paciente y el que suscribe, si no fuese el Paciente, conservan responsabilidad respecto de todos los copagos, deducibles, coseguros, y/o servicios no cubiertos sin importar el monto pagado por el seguro o tercero responsable del pago. Comprendo y acuerdo que cualquier monto no pagado dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la factura o declaración de pago de la Instalación acumulará intereses a una tasa de 1,5% por mes (18% por año) en el saldo no pagado. En caso de que cualquier saldo no pagado se remita a una agencia de cobro de deudas o a un abogado, el Paciente y el que suscribe, si no fuese el Paciente, acuerdan en forma mancomunada y solidaria pagar un 20% de los honorarios de cobro, y todos los costos y honorarios razonables del abogado relacionados con el proceso de cobro. Como cortesía a nuestros pacientes particulares, se ofrecen descuentos para servicios específicos. Los descuentos más importantes se ofrecen cuando los servicios se pagan por completo en la fecha que estos se ofrecen. Consulte sobre cualquier descuento que esté disponible.

CERTIFICACIÓN DE PACIENTES DE MEDICARE/MEDICAID/TRICARE: Certifico que la información que ofrezco al solicitar el pago conforme a los títulos XVIII y XIX de la "Social Security Act" (ley sobre seguro social), o relacionada con cualquier otro programa gubernamental, es correcta. Autorizo a cualquier persona que tenga conocimiento de información médica o de otra índole sobre mí a divulgar a la Administración de Seguro Social, otros intermediarios o compañías aseguradoras, o al estado, cualquier información necesaria para procesar una reclamación para éste o cualquier servicio relacionado. Solicito que el pago de los cargos autorizados se realice en mi nombre en forma directa a la Instalación por sus cargos y cualquier otro cargo de médicos u otros proveedores por quienes la Instalación está autorizada a facturar en concepto de sus servicios.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: La Instalación debe, conforme a la ley, realizar y conservar registros del tratamiento médico del Paciente. La Instalación protege estos registros y utiliza y divulga los registros e información contenida en ellos solo conforme a las leyes estatales y federales sobre privacidad. Los mencionados usos y divulgaciones se describen en detalle en el Aviso de Prácticas Privadas de la Instalación, que puede ser modificado en cualquier momento. Comprendo que tanto el Paciente como yo podemos solicitar ver una copia del aviso actual en cualquier momento.

El que suscribe firma el presente documento como Paciente o agente o representante del Paciente autorizado para celebrar este documento y aceptar y acordar sus términos en nombre del Paciente. He leído la información detallada anteriormente y he tenido la oportunidad de realizar preguntas que puedan surgir sobre dicha información. Las preguntas han sido satisfactoriamente respondidas, y confirmo mi acuerdo al estampar mi firma a continuación. Comprendo que tengo derecho a solicitar y obtener una copia del presente documento, así como una copia de mis derechos de facturación conforme a la Fair Credit and Billing Act (Ley de facturación imparcial de crédito). El presente documento permanecerá vigente a menos que se revoque por escrito.

El objetivo del presente formulario de Autorización y Divulgación es protegerlo. La H.I.P.A.A. (Ley de transferencia y responsabilidad de los seguros médicos) de 1996 se creó con el único propósito y objetivo de proteger los registros médicos y la información financiera de los pacientes. Lo invitamos a completar el presente formulario para que podamos prestarle un mejor servicio y proteger su información privada de la mejor manera. Agradecemos la atención que ha dedicado a este delicado tema. Por favor, sea específico al determinar sus selecciones.

Autorizo al personal de Physician Group of Utah, Inc. a divulgar cualquier **INFORMACIÓN FINANCIERA** a las siguientes personas:

Autorizo al personal de Physician Group of Utah, Inc. a divulgar cualquier **INFORMACIÓN MÉDICA** a las siguientes personas:

Autorizo al personal de Physician Group of Utah, Inc. a dejar mensajes de voz sobre **resultados de exámenes radiológicos o de laboratorio** en los siguientes números de teléfono:

PARTICULAR: _____

CELULAR: _____

OTRO: _____

FECHA: _____ **FIRMA:** _____

TESTIGO DE LA FIRMA: _____ **RELACIÓN (SI NO ES EL PACIENTE):** _____

POR EL PRESENTE ACEPTO QUE HE RECIBIDO O SE ME HA OFRECIDO UNA COPIA DEL AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADAS DE PGU.

FECHA: _____ **INICIALES:** _____

SOLO PARA USO DEL PERSONAL: SI NO ES POSIBLE OBTENER ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, EL MIEMBRO DEL PERSONAL DE PGU DEBE ESPECIFICAR A CONTINUACIÓN UNA RAZÓN DOCUMENTADA CONFORME A LA POLÍTICA DE PGU: