



Forma de Registro		Dr:	
<b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>			
Apellido:		Nombre:	Inicial:
Fecha Nacimiento:	No. Seguro Social:	Edad:	Sexo: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Div <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>
Dirección:		Ciudad/Estado:	Codigo Postal:
Tel/Celular:	Tel/Casa:		
<b>INFORMACION DEL RESPONSABLE:</b>	Nombre de la persona Responsable:		
<b># TEL:</b>	# Seguro Social:	Fecha Nacimiento:	Relación al Paciente:
<b>EN CASO DE EMERGENCIA:</b>	Nombre de algún pariente (que no viva en la misma dirección):		
Teléfono:		Parentesco/Relación con Paciente:	
<input type="checkbox"/> Seguro Gastos Médicos	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Otro
<b>INFORMACION DEL SEGURO</b>			
Nombre de la Compañía:		# de ID:	# Seguro Social:
Nombre de la persona asegurada:		Fecha de nacimiento:	
<b>Asignación de Beneficios / Autorización de Tratamiento</b>			
La información anterior presentada es correcta al mayor de mi conocimiento. Entiendo que el pago de servicios médicos se debe cubrir cuando los servicios son prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de los co-pagos o deducibles o partes que no estén cubiertas por mi seguro de gastos médicos. Yo autorizo que los gastos por servicios médicos sean pagados directamente a PCI. También doy a PCI y sus médicos mi consentimiento para el tratamiento. Entiendo que este consentimiento se aplica al tratamiento por esta visita, las visitas del futuro y todos los servicios radiológicos.			
<b>Notificación de Privacidad de Información</b>			
Reconozco que se me ha presentado una copia de la Notificación de Practicas de Privacidad de mi información medica que detalla como mi información puede ser usada y divulgada como permiten las leyes federales y estatales. He leído sobre las opciones que se presentan y entiendo por complete esta notificación.			

**Autorización del paciente para el uso y divulgación de información médica protegida**

Al firmar, yo autorizo a RGV Preventative Care a la utilización y / o divulgar cierta información de salud protegida (PHI) sobre mí a \_\_\_\_\_ (nombre del Dr., oficina, etc)

Esta autorización permite RGV Preventative Care de usar y / o revelar la siguiente información de salud individualmente identificable acerca de mí (describa específicamente la información que debe usar o divulgar, como la fecha (s) de los servicios, el tipo de servicios, nivel de detalle para ser puesto en libertad , el origen de información, etc):  Laboratorios  Notas clínicas  Resultados de radiología  Otra

La información será utilizada o divulgada para los siguientes fines:

Consulta  Continuar cuidados  otra razon

El objetivo (s) es / son siempre para que yo pueda tomar una decisión informada si se permite la liberación de la información. Esta autorización será expirará el \_\_\_\_\_ (exp. Fecha)

Yo no tengo que firmar esta autorización para recibir tratamiento de RGV Preventative Care . De hecho, tengo el derecho de negarse a firmar esta autorización. Cuando mi información es utilizada o divulgada de acuerdo con esta autorización, que pueden ser objeto de divulgación por el destinatario y puede no estar protegida por el Reglamento Federal de Privacidad de HIPAA. Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, salvo en la medida en que la práctica se ha actuado al amparo de esta autorización. Mi revocación por escrito debe ser presentado al Oficial de Privacidad en: RGV Preventative Care

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente

\*\*\*\*\* PARA USO DE LA OFICINA \*\*\*\*\*

\_\_\_\_\_  
Signature of Office Staff

\_\_\_\_\_  
Date