



* Presente sus tarjetas de seguro y una identificación con foto en la recepción. *

VIRGINIA HEART

Excellence in Cardiovascular Care

Fecha de hoy: _____

Número de cuenta del paciente: _____

(Por favor, complete ambas páginas e IMPRIMA toda la información)

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE						
NOMBRE DEL PACIENTE		SEGUNDO NOMBRE		APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO Mes / Día / Año	EDAD
DIRECCIÓN ACTUAL Número y Calle,		Ciudad		Estado		Código postal
GENERO/SEXO M F		ESTADO CIVIL Soltero Casado Divorciado Viudo		NUMERO DE SEGURO SOCIAL #		
<p><i>Entiendo que, como parte de mi atención médica, Virginia Heart tendrá que ponerse en contacto conmigo con el fin de recordarme el día de mi consulta (por teléfono, mensaje de texto y/o correo electrónico), o comunicarme información que pueda ser clínicamente relevante para mi plan de tratamiento médico.</i></p> <p><i>Al proporcionar mi información de contacto, autorizo a Virginia Heart a comunicarse conmigo de las siguientes maneras:</i></p>						
TELÉFONO DE CASA <small>[Recordatorios por teléfono]</small>		TELÉFONO DEL TRABAJO		TELÉFONO MÓVIL <small>[Recordatorios por mensajes de texto]</small>		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO <small>[Recordatorios por correo electrónico]</small>
Por favor seleccione su método de comunicación preferido para recordatorios de atención preventiva: Correo Teléfono Portal del Paciente						
NOMBRE DEL EMPLEADOR:				OCUPACIÓN:		
MÉDICO REFERENTE:				MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA:		
NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA:				TELÉFONO DE CONTACTO DE EMERGENCIA:		
GRUPO ÉTNICO: Hispano o Latino / No Hispano o Latino		IDIOMA PREFERIDO:				
RAZA: Indio americano o nativo de AK / Asiático / Negro o afroamericano / Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico / Blanco						
INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO						
SEGURO MÉDICO PRINCIPAL:				NÚMERO DE PÓLIZA		GRUPO #
DIRECCIÓN: Número y Calle,		Ciudad		Estado		Código postal
TITULAR DE LA PÓLIZA - NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO Mes / Día / Año	RELACIÓN CON EL PACIENTE
INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO (SI APLICA)						
SEGURO MÉDICO PRINCIPAL:				NÚMERO DE PÓLIZA		GRUPO #
DIRECCIÓN: Número y Calle,		Ciudad		Estado		Código postal
TITULAR DE LA PÓLIZA - NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO Mes / Día / Año	RELACIÓN CON EL PACIENTE
INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE						
NOMBRE DEL CÓNYUGE		SEGUNDO NOMBRE		APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO Mes / Día / Año	EDAD
TELÉFONO DE CASA		TELÉFONO MÓVIL		SEGURIDAD SOCIAL #		
NOMBRE DEL EMPLEADOR:				OCUPACIÓN:		

Apellido del paciente: _____

Número de cuenta del paciente: _____

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Nota: La autorización del paciente NO se puede modificar

Yo _____, por la presente autorizo a Virginia Heart/Inova HealthCare Services a solicitar beneficios en mi nombre por los servicios prestados por Virginia Heart/Inova Health Care Services. Autorizo y asigno el pago de dichos beneficios directamente a Virginia Heart/Inova Health Care Services, o en el caso de los beneficios de la Parte B de Medicare, a mí mismo o a la parte que acepta la asignación. Autorizo a Virginia Heart/Inova Health Care Services a divulgar cualquier información necesaria, incluyendo, mi información médica, con el fin de promover mi atención médica y para procesar y recibir el pago de los servicios prestados a mí, a otros proveedores bajo mi cuidado, a mi compañía de seguros médicos o a sus personas designadas, o en el caso de los beneficios de la Parte B de Medicare, a la Administración del Seguro Social y/o a los Centros de Servicios de Medicare/Medicaid o a sus respectivas personas designadas. Soy consciente de que cualquier cargo no cubierto por mi seguro médico es mi responsabilidad financiera personal. Se puede utilizar una copia de esta autorización en lugar de la forma original.

Acepto pagar puntualmente por los servicios prestados para mí o para el paciente mencionado en este registro. Si no cumplo con mi compromiso financiero con Virginia Heart/Inova Health Care Services y es necesario tomar medidas para cobrar mi cuenta, acepto pagar todos los costos y gastos incurridos en el cobro de mi cuenta, incluyendo los honorarios de abogados y agencias de cobros.

Además, acepto pagar por cualquier cita perdida de la que no notifiqué al consultorio médico dentro de las 24 horas antes a la cita.

A todos los pacientes de HMO y PPO: Usted es responsable de seguir las pautas de su compañía de seguro médico y de obtener todas las autorizaciones y números de referencia necesarios para que podamos presentar su reclamo correctamente.

Esta autorización puede ser revocada por mí o por Virginia Heart/Inova Health Care Services en cualquier momento por escrito.

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL: _____ FECHA: _____

** Si firma como PODER NOTARIAL, EL DOCUMENTO DE PODER NOTARIAL DEBE presentarse a la oficina.**

CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDAD DE HIPAA

Este NO es un Formulario de Autorización de Divulgación Información

Autorizo la divulgación verbal de información de salud personal relevante para mi atención cardíaca, como resultados de pruebas, información de consultas, etc. a las siguientes personas: Entiendo que este consentimiento permanecerá vigente hasta que se revoque por escrito.

PERSONA AUTORIZADA	RELACIÓN	PERSONA AUTORIZADA	RELACIÓN

() Solo autorizo la divulgación de información relevante a mi atención cardíaca a mí mismo.

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por la presente reconozco que he sido informado del Aviso de Prácticas de Privacidad de Virginia Heart, que hay una copia disponible en la sala de espera del paciente o disponible en el sitio web de la práctica en www.VirginiaHeart.com. Además, una copia está disponible para mí si la solicito en la oficina.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE: _____

SOLO PARA USO EN OFICINA:

Intenté obtener la firma del paciente en el Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no pude hacerlo como se documenta a continuación:

Fecha: _____ Iniciales: _____ Razón: _____