



SOUTHEAST GEORGIA PHYSICIAN ASSOCIATES

Southeast Georgia Physician Associates Formulario de Información y Autorización del Paciente

Fecha: _____

Información del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial Segundo Nombre: _____

Fecha de Nac.: ____/____/____ Edad: _____ N° de SS: _____

**Según CFN § 170.207(n) & 82FR 42819, Southeast Georgia Physician Associates solicitar el siguiente información.*

*Legal Sexo: Masculino o Femenino

*Sexo asignado a Parto: Masculino o Femenino

*Raza - Negro o Afroamericano/ Amerindio o Nativo de Alaska / Asiático / Caucásico / Hispano / Islas del Pacífico
o Hawaiano / Declinar

Dirección Postal: _____ Ciudad/ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono principal: _____ Número de teléfono alternativo: _____

Dirección Alternativa: _____ Ciudad/ Estado: _____ Código Postal _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Estado Civil: Soltero(a) / Casado(a) / Divorciado(a)/ Viudo(a)/ Concubino(a) Idioma Preferido: _____

Condición de Empleo: Tiempo Completo/ Tiempo Parcial / Estudiante/ Trabajador Independiente/ Desempleado/

Servicio Activo / Licencia Médica / Desconocido / Retirado: En caso de ser Retirado, Fecha del Retiro: _____

Empleador del Paciente / (si es un estudiante, nombre de la escuela) _____

Dirección del Empleador _____

Teléfono: _____

Médico de la Familia: _____

Cónyuge o Padre/ Madre/ Tutor

Relación con el paciente: _____ Nombre del cónyuge o Tutor: _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ N° de SS: _____ N° de Teléfono: _____

Dirección: _____

Empleador: _____

Teléfono del Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____



AUTORIZACIÓN Y ACUERDO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

POR EL PRESENTE DOCUMENTO, EL ABAJO FIRMANTE RECONOCE Y ACUERDA LO SIGUIENTE CON RESPECTO AL TRATAMIENTO QUE SE LE PRESTARÁ AL PACIENTE CUYO NOMBRE FIGURA EN EL PRESENTE FORMULARIO:

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO: Entiendo que el tratamiento médico es necesario para el paciente y que la atención médica, el tratamiento y los procedimientos serán llevados a cabo por empleados de Southeast Georgia Physician Associates. Por el presente, otorgo mi autorización y mi consentimiento para el tratamiento y los procedimientos y certifico que no se me ha asegurado ni garantizado nada en relación con los resultados que puedan obtenerse.

ACUERDO DE PAGO DE SERVICIOS: Para la atención y el tratamiento provistos al paciente y en consideración de los mismos, me comprometo a pagar todos los importes correspondientes a coseguros y a cargos no cubiertos por los servicios prestados al momento de recibirlos. También acepto que seré personalmente responsable por los honorarios legales en los que se incurra al intentar cobrar cualquier deuda que yo tenga con Southeast Georgia Physician Associates.

CONSENTIMIENTO EXPRESO PARA COMUNICACIÓN: Otorgo expresamente mi consentimiento y autorización a Southeast Georgia Physician Associates y a sus filiales o agentes, incluyendo cualquier agencia de recaudación o cobrador de deudas contratados por ellos, a comunicarse conmigo por cualquier motivo relacionado con los servicios prestados por Southeast Georgia Physician Associates incluyendo la cobranza de importes adeudados por dichos servicios. Esta comunicación podría realizarse utilizando un sistema telefónico automático, una voz artificial o pregrabada en el(los) número(s) de teléfono que he proporcionado, incluyendo teléfonos celulares, radio móvil o servicio de radiomensajería (*pager*). Por otra parte, otorgo expresamente mi consentimiento y autorización a Southeast Georgia Physician Associates a sus filiales y agentes, incluyendo cualquier agencia de recaudación o cobrador de deudas contratados por ellos, a comunicarse conmigo a mi número telefónico, dirección de correo electrónico, otros identificadores o medios electrónicos únicos que yo haya proporcionado a los hospitales, sus filiales o sus agentes en cualquier momento, o a cualquier número telefónico o dirección de correo electrónico u otro identificador o medio electrónico único que Southeast Georgia Physician Associates o sus filiales o agentes encuentren o puedan obtener por su cuenta, sin que yo los haya proporcionado.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA: Por el presente documento, autorizo a Southeast Georgia Physician Associates a revelar la información médica relacionada con estos servicios según sea necesario en relación con el seguro médico, con el médico personal del paciente o con un médico a quien éste fuese derivado. Mediante mi firma al pie, autorizo el pago directo de todos los beneficios a Southeast Georgia Physician Associates y autorizo la presentación de los formularios del seguro con esta firma en archivo. También entiendo que mis registros podrían ser compartidos dentro de Southeast Georgia Health System cuando fuera necesario para la coordinación de mi atención; y que los resultados de las pruebas de laboratorio o de diagnóstico podrían ser enviadas por correo directamente a mí.

OBSERVACIÓN O ASISTENCIA POR PARTE DE ESTUDIANTES O REPRESENTANTES DE FÁBRICAS O DE COMPAÑÍAS: Por la presente, doy mi consentimiento para que estudiantes, incluyendo miembros de la universidad, residentes, estudiantes para asistentes médicos, estudiantes de medicina, internos, asistentes médicos, estudiantes de enfermería clínica o técnicos y representantes de fabricantes o de empresas puedan observar y prestar asistencia en los procedimientos que se llevarán a cabo en Southeast Georgia Physician Associates.

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE ACERCA DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Reconozco haber tenido la oportunidad de recibir la Notificación de Prácticas de Privacidad de Southeast Georgia Health System/Southeast Georgia Physician Associates. Al revisar la Notificación, también reconozco haber tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de la Notificación y de su contenido.

HE LEÍDO LOS RECONOCIMIENTOS Y ACUERDOS PRECEDENTES Y COMPRENDO LOS MISMOS EN SU TOTALIDAD.

Firma de Paciente _____ Nombre (letra imprenta) _____
(PADRE/MADRE O TUTOR SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18) (PADRE/MADRE O TUTOR SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18)

Fecha: _____

Permiso Telefónico para Tratamiento Otorgado por: _____ Testigo: _____

2do. Testigo: _____



SOUTHEAST GEORGIA PHYSICIAN ASSOCIATES

Southeast Georgia Physician Associates Declaración de Responsabilidad Financiera

Gracias por elegir **Southeast Georgia Physician Associates** para atender sus necesidades médicas. Nuestro compromiso es poder brindarle atención médica de la más alta calidad. Le solicitamos que lea y firme el presente formulario como reconocimiento de que comprende nuestras políticas financieras acerca de los pacientes.

Responsabilidades Financieras del Paciente

- El paciente (o su tutor, en el caso de tratarse de un menor) es, en última instancia, el responsable del pago del tratamiento y de la atención. **El pago se efectúa al momento de recibir el servicio, a menos que se haya acordado de otro modo con anterioridad. Nosotros aceptamos dinero en efectivo, cheques personales, VISA, MasterCard, Discover y AmEx.**
- **Los copagos se efectúan al momento de registrarse, antes de recibir los servicios.**
- Nosotros le facturaremos a su seguro. Sin embargo, el paciente debe proporcionar información correcta y lo más actualizada posible acerca de su seguro.
- Los pacientes son responsables del pago del coseguro, de los deducibles y de todos los demás procedimientos para los tratamientos que no tengan cobertura en el plan de su seguro.
- Los pacientes podrían incurrir en cargos adicionales y son responsables del pago de los mismos, cuando corresponda. Estos cargos podrían incluir:
 - Cargos por cheques rechazados: \$30,00.
- No todos los planes de seguro cubren determinados servicios. En el caso de que su plan determine que un servicio “no está cubierto”, usted será responsable de la totalidad del costo. El pago deberá efectuarse al recibir un estado de cuenta de nuestra oficina.
- Es posible que sea necesario enviar algunas muestras a un laboratorio de referencia para su análisis, ya que nosotros sólo prestamos los servicios básicos de laboratorio. Si se le proveen dichos servicios, usted recibirá una factura por separado del laboratorio de referencia. Además, usted recibirá facturas por separado por servicios asociados a internaciones hospitalarias, anestesia, patología y radiología. Todas las preguntas y las inquietudes acerca de esas facturas deberán dirigirse a la institución de la que haya recibido la factura.

Mi firma al pie indica que, por la presente, autorizo la asignación de beneficios financieros directamente a **Southeast Georgia Physician Associates** y a toda entidad de atención médica asociada por los servicios que se presten en mi nombre. Entiendo que soy responsable de cualquier saldo pendiente.

He leído, comprendo y acepto las disposiciones del presente Formulario de Responsabilidad Financiera del Paciente:

Nombre Completo del Paciente

Fecha de Nacimiento

X

Firma del Paciente o del Tutor Legal

Fecha



SOUTHEAST GEORGIA PHYSICIAN ASSOCIATES

Southeast Georgia Physician Associates Política de Cancelación y de No Presentarse

Nuestro objetivo es poder proveer atención médica de calidad de manera oportuna. Para poder lograrlo, hemos implementado una política de citas y cancelaciones. Si usted no va a poder presentarse a su cita, por favor, comuníquese con nosotros con un mínimo de 24 horas de anticipación para reprogramarla.

La cancelación apropiada de una cita implica comunicarse con el personal de la oficina de atención al público o dejar un mensaje en la casilla general de correo de voz antes de las 10:00 a.m., un (1) día hábil antes del momento de la cita. Si un paciente no cumple con el hecho de proporcionar la debida notificación durante tres veces en un período de 12 meses, podría ser excluido de la atención médica.

He leído y comprendo la información y acepto los términos aquí descritos:

X

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha