



Nombre \_\_\_\_\_

## Bienvenidos!

Estimado Paciente:

Bienvenidos a Neighborhood Medical Center! Todos nosotros aquí en Neighborhood Medical Center -Médicos, enfermeras, personal de oficina y administradores-haremos todo lo posible para cuidar de sus necesidades de atención médica. Pero antes de comenzar, necesitaremos información de usted.

Por favor repase el resto del paquete y complete los formularios lo más detalladamente. Si usted tiene alguna pregunta, pregúntele a nuestro personal de oficina.

Cuando usted esté listo para registrarse, necesitaremos los siguientes documentos:

- Prueba de Identificación: Esto puede ser una licencia de conducir vigente, pasaporte, y otra forma de identificación con foto.
- Prueba de Residencia: Por ejemplo, una licencia de conducir vigente, recibo de luz, factura de servicios públicos, declaración de impuestos de propiedad, o la tarjeta de registro de votante.
- Prueba de Ingreso: Por ejemplo, un talón de cheque reciente o una carta de su empleador. Si usted no tiene ingresos, se puede traer una carta indicando desempleo de la persona que le está dando asistencia.

Debe llevar estos artículos con usted a su visita inicial para recibir los servicios.

Por favor, debe estar en la oficina por lo menos 20 minutos antes de su cita. Pacientes que lleguen más de 10 minutos tarde le será reprogramada la cita. Si necesita cancelar o volver a programar su cita, por favor llámenos al 850-224-2469 por lo menos 24 horas antes de su cita.

Déjenos saber si tiene algún problema durante su visita y por favor tome su tiempo llenando nuestro cuestionario para pacientes y déjenos saber cómo lo estamos haciendo.

Gracias y bienvenidos a Neighborhood Medical Center!



Nombre \_\_\_\_\_

**PEDIÁTRICO**

**INFORMACION DEL PACIENTE**

IDIOMA PRINCIPAL \_\_\_\_\_ NECESITA TRADUCTOR? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_  
APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

RAZA \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

TELÉFONO ALTERNATIVO \_\_\_\_\_ GRADO MÁS ALTO COMPLETO \_\_\_\_\_

NIVEL DE EDUCACIÓN \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL PACIENTE \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

DIRECCIÓN ALTERNATIVA \_\_\_\_\_  
CORREO/POBOX CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

**INFORMACION DE GARANTE: (SI ES DIFERENTE DEL PACIENTE)**

NOMBRE DE GARANTE \_\_\_\_\_  
APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE

RELACIÓN CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO DE GARANTE \_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DE GARANTE \_\_\_\_\_

**EMPLEO:** PACIENTE O GARANTE (CIRCULE UNO)

NOMBRE DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

**METODO DE PAGO:**

- EFECTIVO O CHEQUE
- SLIDING FEE SCALE
- MEDICARE # \_\_\_\_\_
- MEDICAID # \_\_\_\_\_
- SEGURO MEDICO Y NUMERO DE IDENTIFICACION # \_\_\_\_\_
- VISA/MASTERCARD/OTROS#
- OTROS

**INFORMACION DE CONTRACTO EN CASO DE EMERGENCIA:**

NOMBRE \_\_\_\_\_ TELEFONO#: \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_



Nombre \_\_\_\_\_

## **POLIZAS FINANCIERAS Y DE SEGUROS**

**POR FAVOR INICIALE ABAJO** de lo que indica que usted ha leído, entiende y está de acuerdo con todas las pólizas contenidas en esta página.

\_\_\_\_\_ Yo doy permiso para mí o hijo de menor de edad a someterse a todas las pruebas, exámenes, tratamientos y otros procedimientos necesarios en el transcurso del estudio, diagnóstico y tratamiento de enfermedades por los médicos y otros miembros del personal de Neighborhood Medical Center.

\_\_\_\_\_ Yo autorizo el pago directo de las prestaciones médicas a Neighborhood Medical Center por servicios de los médicos o la organización, yo entiendo que soy responsable de todos los saldos no cubiertos por las reclamaciones de seguros no pagados dentro de un plazo oportuno (60 días) por mi compañía de seguros, se vuelven totalmente mi responsabilidad.

\_\_\_\_\_ El pago total de todos los co-pagos, deducibles y servicios no cubiertos se espera en el momento de su cita.

\_\_\_\_\_ Una multa por cheque devuelto de \$25 será cargado a la cuenta del paciente por cualquier cheque deshonrado por el banco. Este cargo no se aplicara si el cheque fue devuelto por error, proporcionando la documentación justificativa. Los cheques devueltos y penalización deben pagarse en efectivo, tarjeta de crédito o giro postal. Si un cheque devuelto se utilizó para pagar por más de un paciente, cada paciente se evaluara el cargo por cheque devuelto de \$25. Los pagos hechos por un cheque devuelto se invierten en la cuenta del paciente, dejando el saldo debido y pagable inmediatamente.

\_\_\_\_\_ Con respecto a la negación de pago por exámenes ordenados, procedimientos o visitas a los proveedores terceros deben ser dirigidas a su compañía de seguros.

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para la liberación de información médica al asegurador del paciente, a instituciones autorizadas o agencias que aceptan a los pacientes para el tratamiento médico. Además doy permiso para liberar datos (médicos y personales) a agencias del gobierno como lo requiere Neighborhood Medical Center.

\_\_\_\_\_ Yo certifico que la información dada por mí en la solicitud de pago bajo el Título XVII de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo la liberación a cualquier poseedor de información médica o de otra tipo sobre mí a la administración de seguro social o los intermediarios de cualquier información de soporte necesaria para esto, Medicare / Medicaid u otro reclamación de seguro. Cedo transferir y asignar a los médicos o a la organización todos los servicios de mis derechos, títulos e intereses de mi reembolso de gastos médicos bajo mi póliza de seguro con cualquier y todas las compañías de seguros, Yo permito una copia de esta autorización para ser utilizada en lugar del original.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Nombre \_\_\_\_\_

## ACUERDO DE PARTICIPACIÓN DEL CLIENTE

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Esto certifica que el solicitante mencionado arriba y los siguientes miembros de su familia pueden recibir servicios de Neighborhood Health Service, Inc de

\_\_\_\_\_ Al \_\_\_\_\_.

Neighborhood Medical Center ofrece los siguientes servicios:

### Medico

Exámenes Físicos, exámenes, Prescripción de Medicina, Orientación Nutricional, Educación sobre la Salud, Exámenes de ojos, Servicios de salud mental, Seguimiento médico, y Artículos de higiene y salud.

### Dental

Extracciones, limpiezas, rellenos, sellantes, y servicios de emergencia

Estos servicios me fueron explicados. Yo certifico que toda la información que me han dado con respecto a los ingresos y el tamaño de la familia es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que aunque yo o miembros de mi familia pueden ser referido para atención especializada, hospitalización, o de otros altos niveles de atención, no hay obligación para el proveedor de pagar por estos servicios. Entiendo que soy responsable de mí mismo y mi familia. Notificare a Neighborhood Medical Center cuando no pueda asistir a una cita. Si yo no utilizo los servicios de Neighborhood Medical Center por un período de dos años, una carta será enviada avisándome de la necesidad de volver a determinar mi elegibilidad. Entiendo que si no respondo dentro de dos semanas, mi nombre será eliminado de la lista de clientes, esto no me impide volver a inscribirse como un cliente activo en el futuro.

\_\_\_\_\_  
Firma Del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



Nombre \_\_\_\_\_

## Uso y divulgación de información protegida de salud a los miembros de la familia y otras personas que pudieran estar involucradas en su cuidado.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Como paciente de Neighborhood Medical Center, quizá desee autorizar la divulgación de información relacionada a su cuidado y el de su familia u otros individuos. Para proteger su privacidad y para facilitar esta comunicación, te pediremos que liste el nombre(s) de las personas que están autorizadas a comunicarse con nuestro personal médico y de oficina sobre sus resultados, citas, tratamientos, referidos y otras consultas. A fin de verificar que la persona que llama tiene el derecho a la información, nuestro personal puede hacer algunas preguntas para verificar la identidad. Sin embargo, esas personas pueden ser contactadas en caso de que sea necesario, basándose en el criterio profesional de nuestros Proveedores y personal. Si usted rechaza esta revelación, Neighborhood Medical Center no responderá a cualquier pregunta de los miembros de la familia o a otras personas.

\_\_\_\_\_SI, quiero que mi información de salud protegida sea revelada a los siguientes miembros de la familia o a otros individuos.

\_\_\_\_\_NO, quiero que mi información de salud protegida sea revelada a cualquiera de los miembros de mi familia o de otros individuos.

Nombre	Relación al Paciente
1.	
2.	
3.	
4.	

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



Nombre \_\_\_\_\_

**Autorización de los Padres para que otra Persona Pueda Traer a sus Niño(s)**

Nosotros (Yo) \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

Padre(s) y tutor legal de los siguientes menores:

_____	Edad _____

Por medio de la presente autorizo a cualquiera de las siguientes personas a traer a mi (s) niño (s) a una cita. (Tenga en cuenta que la persona o personas que usted apruebe para traer a su hijo / a tendrán que presentar su identificación con foto al momento de la visita. Si la persona no puede presentar su identificación con foto, se lo contactará e informará que la cita debe ser programada.):

Nombre: _____	Relación _____
Nombre: _____	Relación _____
Nombre: _____	Relación _____

Para dar su consentimiento a toda atención médica / dental y atención para estos niños que se considere necesaria y apropiada por proveedores dentales y médicos con licencia en el estado de Florida. Este consentimiento incluye intervenciones odontológicas y médicas. También incluye inmunizaciones, si es necesario.

Nosotros (yo) acordamos reembolsar al proveedor de atención médica el costo de la prestación de estos servicios. Los niños están cubiertos bajo el siguiente plan de calefacción.

Seguro primario _____	Número de Póliza _____
Seguro secundario _____	Número de Póliza _____

**FIRMA DE LOS PADRES O TUTORES LEGALES:**

Imprimir Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Nombre \_\_\_\_\_

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD RECIBO DEL PACIENTE**

Estoy de acuerdo y reconozco que se me ha proporcionado una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad del Neighborhood Medical Center. Entiendo que el único propósito de firmar este recibo es reconocer que recibí la Notificación. Entiendo que no se me negará el tratamiento en caso de que no firme este recibo, a pesar de que Neighborhood Medical Center notará que se me proporcionó el Aviso.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Date



Nombre \_\_\_\_\_

## AVISO DEL DEPARTAMENTO DE FACTURACIÓN

Como paciente de Neighborhood Medical Center, siempre tratamos de proporcionarle beneficios de seguro completos y precisos de acuerdo con su plan médico. Al hacerlo, hay momentos en los que tenemos montos de copagos, depósitos o coseguros excesivamente cobrados o no cobrados. En cualquier situación, a medida que recibamos una explicación de los beneficios de su compañía de seguros, le enviaremos una factura o le reembolsaremos de manera apropiada. También es extremadamente importante notificar a nuestro personal sobre cualquier otra cobertura médica posible, incluso si es su propia póliza o si figura como hijo, dependiente o cónyuge en cualquier otro plan de seguro, ya que puede afectar sus reclamos médicos e incluso posiblemente resultar en falta de pago. En cualquier momento durante el transcurso de nuestro ciclo de facturación regular, se nos informa de otra cobertura médica que no se nos proporcionó en el momento del servicio y no podemos obtener el pago de la compañía de seguros, usted será responsable de todos los cargos aplicables.

Al firmar a continuación, usted verifica que ha proporcionado a esta oficina toda la información de cobertura de salud. Si tiene alguna pregunta, ¡no dude en preguntar! Gracias por elegir Neighborhood Medical Center, Inc.

*Gracias,*

*Neighborhood Medical Center, Inc. Departamento de Facturación*

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
NMC firma del personal

\_\_\_\_\_  
Fecha