

# REGISTRO

(POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre \_\_\_\_\_ No. de Identif. del Paciente/SS/HIC \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Sexo  M  F Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Casado(a)  Viudo(a)  Soltero(a)  Menor de Edad  
 Separado(a)  Divorciado(a)  Ha vivido con su pareja por \_\_\_\_\_ años  
Empleador o Escuela del Paciente \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Dirección del Empleador o Escuela \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador o Escuela (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
¿Quién lo refirió a nosotros? \_\_\_\_\_  
En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## SEGURO PRINCIPAL

Persona Responsable por la Cuenta \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ No. Seg. Soc. \_\_\_\_\_  
Dirección (Si es diferente a la del paciente) \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Persona Responsable Empleada por \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguros \_\_\_\_\_  
Contrato No. \_\_\_\_\_ Grupo No. \_\_\_\_\_ Suscriptor No. \_\_\_\_\_  
Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan \_\_\_\_\_

## SEGURO ADICIONAL

¿Está el paciente cubierto por seguro adicional?  Sí  No  
Nombre del Suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_  
Dirección (Si es diferente a la del paciente) \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Suscriptor Empleado por \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ No. Seg. Soc. \_\_\_\_\_  
Contrato No. \_\_\_\_\_ Grupo No. \_\_\_\_\_ Suscriptor No. \_\_\_\_\_  
Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan \_\_\_\_\_

## TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Certifico que yo y/o mi(s) dependiente(s), tenemos/tiene(n) cobertura de seguro con \_\_\_\_\_ y traspaso directamente al  
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros \_\_\_\_\_  
Dr. \_\_\_\_\_ los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera serían pagaderos a mí por servicios prestados.  
Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones que se presenten ante el seguro.  
El doctor nombrado anteriormente puede usar la información del cuidado de la salud acerca de mí y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguro nombrada(s) anteriormente y a sus agentes con el fin de obtener pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Esta autorización terminará cuando el plan de tratamiento actual se complete o un año después de la fecha indicada a continuación.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba en letra de molde el nombre del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente



**SPANISH WOMEN'S CARE, LLC**  
307 Maple Ave, West Suite J. · Vienna, VA 22180  
703-281-7620 - 703-255-6810 (fax)

### **Autorizacion para entregar informacion del Paciente**

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo al doctor y al personal de Spanish Women's Care a entregar toda mi informacion correspondiente a mi salud medica, resultados, procedimientos, estado de cuenta a la siguiente persona(s) o agencia.

- Esposo
- Padres
- Otro \_\_\_\_\_

Autorizo al doctor y al personal para entregar los resultados de mis exámenes médicos de las siguientes maneras, por favor marque,

#### **Podemos dejar mensaje durante los horarios de oficina para que nos devuelvan la llamada.**

- Contestador Automatico casa
- Contestador en el trabajo
- Celular
- E-mail \_\_\_\_\_

#### **Podemos dejar los resultados**

- Contestador Automatico casa
- Contestador en el trabajo
- Celular
- E-mail \_\_\_\_\_

Yo entiendo que la oficina esta autorizada a entregar cualquier informacion a esa persona(s) que fueron autorizadas sin otro consentimiento aparte. Además, entiendo que esto se relaciona con información medica, así como los datos de facturación. Esto se hará cumplir de forma activa. Si usted desea hacer algún cambio debería hacerlo por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Yo he recibido una copia de la privacidad de la oficina para leer

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Poliza

Queremos que todos nuestros pacientes tengan una experiencia positiva. Por lo tanto nuestro objetivo es de mantener un ambiente relajado y agradable. Queremos mantener el orden y poder servirle en una manera organizada. Mencionando lo previo, lo siguiente ha sido establecido como polizas en el consultorio empezando el año 2011 en adelante. Si desea una copia como referencia para el futuro, por favor de preguntar. **Por favor lea detenidamente:**

1. **Se prohíbe comer y beber** en la sala de espera o en los cuartos. **Recuerde!** es un consultorio medico.
2. Si es necesario, los niños estan bienvenidos siempre y cuando esten en el **cuidado de sus padres**. No deberian estar sin supervision en **ningun** momento y ni en cualquier parte del consultorio ya que es un lugar no adecuado para niños.
3. **Se prohíbe hablar por celular** en la sala de espera y en los cuartos. Por favor de mantener el celular en vibrador o silencio.
4. La citas deberían ser cancelada con 24hrs de anticipacion para citas regulares, de lo contrario se cobrará un cargo de **\$50.00**.
5. Por favor note que las visitas para los **exámenes anuales** tienen que ser canceladas **48hrs de anticipación** de lo contrario se cobrara un cargo de **\$185.00**  
  
Tenga en cuenta que hay una operadora para contestar su llamada, (llamando al mismo numero) 24hrs-7 dias de la semana. Por lo cual ninguna excusa sera aceptada.
6. Por reemplazar una receta, referencia o cualquier forma medica perdida, sera un cargo de **\$10**
7. Si quiere una copia de su expediente medico, habra un cargo de **\$25**. Si necesita que el doctor le llene documentos medicos, sera un cargo de **\$15**. Todo tendrá que ser pagado en el momento de recibirlos en el consultorio. Por favor de avisar con 5 dias de anticipacion para tenerlo preparado.
8. A **todo** paciente se le cobrara en el momento de su visita. Esto incluye co-pays, co-insurance y deducibles. Tenga en cuenta que **NO ACEPTAMOS** cheques en el momento de su visita. Cualquier balance que se pague despues, sera **\$10** adicionales.
9. Si su seguro niega pagar cualquier servicio dado en el consultorio, el paciente sera responsable del balance.

**Al firmar esta de acuerdo con todos los terminos mencionados.**

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

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

\_\_\_\_\_  
Fecha