✚UrgentMed✚

Urgentmednetwork.com

Apellido: :_____ **Primer**:_____**I:**_____

Fecha de nacimiento: _____ **SS#**:_____**Gender**: □ Masculino □ Femenino

Domicillo:_____ **DL#**:_____ **Edad**:_____

Ciudad:_____**Estado:**:_____ **Codigo Postal**:_____

Telefono: Casa:_____ **Cell**:_____ **Email**:_____

Empleador:_____

La persona para notificar en caso de una emergencia:

Nombre:_____**Relation**:_____**Telefono**:_____

Si el paciente es menor de edad, indique la parte económicamente responsable:

Nombre:_____ **Relation**:_____ **Telefono**:_____

Como descubrio usted, de ✚UrgentMED✚?

□Paginas amarillas □ Amigo/Pariente □ Empleo □ Periodico □ Manejando □ Escuela

□ Internet (sitio) _____ □ Otro:_____

Le atiende, ahora algun medico? □ No □ Si, Nombre de medico: _____

Tiene usted, alguna alergia a medicinas o drogas? □ No □ Si, Cuales son?

_____

Tiene usted alguna condicion medica mayor? □ No □ Si, Lista? _____

Cuales medicina toma usted?

MEDICINA	DOSIS	CON QUE FRECUENCIA
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Yo, el abajofirmante, por la presente autoriza ✚UrgentMED✚ proporcionar los procedimientos medicos ser realizados en el yo mismo/ niño. Firmando, yo entiendo complemente que soy responsable de cualquier honorario contrajo a pesar de la cobertura o el cuidado medico.

Signature:_____ **Date:**_____

✚UrgentMed✚

Urgentmednetwork.com

1. **CONSENTIMIENTO MÉDICO**: Doy mi consentimiento a cualquier tratamiento o procedimiento médico que pueda ser realizado en forma ambulatoria (incluyendo tratamiento o servicios de emergencia), que puede incluir pero no se limita a medicamentos, inyecciones, toma de fotografías médicas, procedimiento de laboratorio, y/ o exámenes de rayos X proporcionados a mí bajo las instrucciones generales y especiales de los médicos, el personal, u otros proveedores de atención médica de UrgentMed, ayudando a mi cuidado.
2. **ACUERDO FINANCIERO**: Entiendo que todos los cargos se deben en el momento del servicio. Estoy de acuerdo en pagar UrgentMed (en adelante "UM") por todos los servicios de salud y servicios profesionales prestados a mí por médicos y otros profesionales de la salud. Las formas aceptables de pago incluyen efectivo, Visa, Mastercard, Discover y American Express. Si soy un paciente no asegurado, estoy de acuerdo en pagar mi visita en el precio completo en el momento del servicio. Si UM es un proveedor participante con mi compañía de seguros, entiendo que mi co-pago, coaseguro, deducible y/ o cualquier saldo pendiente se debe en el momento del servicio. Entiendo que mi póliza de seguro es un contrato entre yo y mi compañía de seguros; UM no está involucrado. Con el fin de UM para presentar reclamaciones y aceptar pagos de mi compañía de seguros, entiendo que debo presentar mi información de seguro actual en cada momento de la visita y que UM tendrá que verificar mi cobertura de seguro de salud. En el caso de que UM no pueda verificar mi elegibilidad de seguro y beneficios antes de mi visita, estoy de acuerdo en pagar por mi visita en el precio completo en el momento del servicio. Se emitirá un reembolso si mi seguro paga por la visita. También entiendo que soy financieramente responsable de cualquier servicio no cubierto por mi compañía de seguros. Cuando mi cónyuge o un garante financiero firme este acuerdo, el cónyuge o el garante financiero será solidariamente responsable conmigo. Si mi cuenta(s) se refiere a un abogado o una agencia de cobros incurridos además de las otras cantidades demandar. Las cuentas impagadas remitidas a agencias externas para su cobro devengarán intereses al tipo corriente por año a partir de la fecha de remisión.
3. **AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN DEL SEGURO: Solicito que el pago de beneficios autorizados, incluyendo Medicare, y cualquier otro programa patrocinado por el gobierno, seguro privado, y cualquier otro plan de salud sea hecho a UM para cualquier servicio proporcionado por ese proveedor. En la medida necesaria coordinar mi atención médica o determinar la responsabilidad por el pago y obtener el reembolso de los servicios prestados. Autorizo a UM a revelar partes o todos mis registros, incluyendo mis registros médicos a cualquier persona o corporación que sea o pueda ser responsable de todos o cualquier parte de los cargos de UM, incluyendo pero no limitado a compañías de seguros, planes de servicios de atención médica, agencias gubernamentales, o transportistas de compensación de trabajadores. Autorizo a UM a actuar como mi agente para ayudarme a obtener cualquier pre-certificación requerida, así como a actuar como mi agente para ayudarme a obtener el pago de mis compañías de seguros. Autorizo a mis compañías de seguros a dar a UM cualquier información requerida para cumplir esta función. Esto permanecerá en vigor hasta que se revoque por escrito. Una fotocopia de esta asignación y liberación se considera tan válida como el original.**
4. **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA: Por la presente autorizo a UM a divulgar cualquier información en mi historial a cualquier profesional, médico, hospital o institución médica a la que pueda ser referido YO ASISTO EN MI CUIDADO. Además, autorizo a UM a proporcionar una copia de mis registros médicos a mi médico de atención primaria (PCP) para permitir la continuidad de mi cuidado.**
5. **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**: Al alinear esto de, usted acusa recibo del "Aviso de Prácticas de Privacidad" de UM. Nuestro "Aviso de prácticas de privacidad" proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida. Le animamos a leer en su totalidad. Nuestro "Aviso de Prácticas de Privacidad" está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia del aviso revisado poniéndose en contacto con UrgentMed al (626)844-8848.
6. **FARMACIA INTERNA: Entiendo que, para mi conveniencia, UM puede dispensar algunos medicamentos recetados necesarios para tratar mi condición médica (s). Entiendo que mi seguro no será facturado por medicamentos dispensados y que mis beneficios de farmacia NO se aplican a este servicio.** Cualquier medicamento (s) dispensar en la oficina son mi responsabilidad y son un cargo adicional a mi cargo de visita a la oficina**.** También entiendo que prefieren utilizar una farmacia externa, una receta se puede demostrar que es sin cargo adicional.
7. **VALORES PERSONALES:** UM no será responsable de la pérdida o daño de dinero, documentos, joyas, gafas, dentaduras postizas, pieles u otros artículos de valor inusual, y no será responsable de la pérdida o daño de cualquier propiedad personal.

UrgentMed, una cooperación médica, y el paciente o el representante del paciente, por la presente firma este acuerdo. El abajo firmante certifica que él/ ella ha leído y está de acuerdo con lo anterior, recibió una copia de, y es el paciente, representante de los pacientes o está debidamente autorizado por el paciente como el agente general de los pacientes para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos.

_____ _____ _____ _____

Firma de paciente Fecha Firma de la Representante del Paciente Fecha

_____ _____ _____

Representante de práctica médica Fecha Nombre y relación de la representante con la paciente