

## Información del paciente de salud del consumidor

Mejorar la salud de la fuerza laboral de Estados Unidos, un paciente a la vez.

Motivo de la visita: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_  Femenino  Masculino

N.º de SS del paciente: \_\_\_\_\_  Casado  Soltero

DBN militar (Número de beneficios del DoD): \_\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_ Apto. N.: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de residencia: \_\_\_\_\_ Celular\*: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del paciente: \_\_\_\_\_

Para seguridad de sus registros, todos los correos electrónicos que contienen información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) se envían cifrados.

\* **Consentimiento a mensajes de texto:** Al suministrar su número de teléfono celular a Concentra, usted está aceptando recibir mensajes de texto de Concentra, sus empresas relacionadas y / o proveedores con respecto a los servicios médicos. Su consentimiento para recibir dicha comunicación no es una condición para la prestación de servicios médicos.

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

Concentra puede dejar mensajes de voz detallados acerca de sus visitas o citas futuras a menos que usted se oponga marcando la casilla "No".  No Teléfono de contacto (mejor número): \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

### Información del garante:

Si el garante (persona responsable financieramente) no es el paciente, complete esta sección.

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto. N.: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

N.º de SS del garante: \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente: (Marque uno):  Usted mismo  Cónyuge  Padre/madre/tutor  Otro: \_\_\_\_\_

### Información del suscriptor

Si el suscriptor del seguro (persona titular del seguro) no es el paciente, complete esta sección.

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto. N.: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente: (Marque uno):  Usted mismo  Cónyuge  Padre/madre/tutor  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

El socio externo de encuestas de Concentra puede comunicarse con usted para que participe en una encuesta de satisfacción sobre esta visita. Confiamos en sus comentarios para ayudarnos a mejorar la experiencia del paciente. ¿Podemos comunicarnos con usted para realizar una breve encuesta?  Sí  No

## Consentimiento para el tratamiento medico

Otorgo mi permiso a Concentra para que realice los siguientes servicios que el médico y otros proveedores que no sean médicos y asistentes puedan considerar necesarios: (a) procesos, tratamientos y procedimientos médicos, quirúrgicos y de diagnóstico (por ejemplo, incluyendo, pero sin limitarse a rayos X, extracciones de sangre y pruebas de laboratorio); (b) administración de inyecciones, medicamentos y vacunas (las inyecciones deben administrarse después de la recepción de cualquier declaración de información aplicable sobre las vacunas ("VIS")); (c) completar las pruebas médicamente apropiadas para enfermedades contagiosas y de otro tipo; y (d) realización de un examen pélvico, si es médicamente apropiado

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

## Consentimiento para pruebas de detección de bienestar y salud preventiva

Otorgo permiso a Concentra para que realice una prueba de detección de bienestar o de salud preventiva. Entiendo que soy el único responsable de dar seguimiento con mi médico personal u otro proveedor de atención médica sobre los resultados de mi prueba de detección. Al realizar la prueba de detección de bienestar, Concentra no asume responsabilidad alguna por el tratamiento o manejo continuo de la atención.

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

## Pago del día

### ¿Cómo pagará la factura de hoy?

El pago que se haga hoy lo pagará:

Pago del paciente; yo pagaré hoy usando:

Efectivo  Cheque  VISA  MasterCard  Discover  Tarjeta de débito  American Express

Seguro; presentaré mi tarjeta de seguro y un tipo aprobado de Identificación.

## Política financiera

A menos que esté aquí por los servicios pagados por el empleador, usted será responsable del pago completo o del pago según se indica en su plan de seguro. Si Concentra tiene un contrato con su compañía de seguros, presentaremos los cargos de hoy con esa compañía de seguros. Usted será responsable de su copago o deducible, y el costo de cualquier servicio que no cubra este seguro. Puede recibir una factura de Concentra por cualquier saldo no pagado.

### Si tiene un seguro...

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por mi seguro. **Iniciales** \_\_\_\_\_

### Si no tiene un seguro...

Si no tiene cobertura de seguro o Concentra no tiene un contrato directo con su compañía de seguros, deberá pagar completamente su visita del día de hoy. Puede esperar hacer un pago inicial por la atención/tratamiento médico con base en el precio registrado en el centro. Este se cobrará al ingreso.

Si su tratamiento requiere evaluaciones más complejas, pruebas de laboratorio, vacunas, medicamentos, rayos X o suministros, estos se le cobrarán además de la tarifa apropiada por visita al consultorio. Estas tarifas se cobrarán después de que se haya proporcionado el servicio y tratamiento.

No tengo seguro y reconozco que soy responsable de todos los costos. **Iniciales** \_\_\_\_\_

## Divulgación de los registros médicos, asignación de beneficios, responsabilidad financiera

Concentra presentará los reclamos a mi aseguradora al igual que los registros médicos necesarios para evaluar los reclamos del pago. Además, asigno el pago de los beneficios, de otra manera pagaderos a mí, para que sean pagaderos a Concentra.

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por mi seguro.

**Nombre en letra de molde:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Médico de atención primaria:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_

**Estado:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

## Aviso de las Prácticas de Privacidad

Su nombre y su firma a continuación indican que se le ha informado sobre el Aviso de Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices, NOPP) de Concentra en la fecha indicada. Usted comprende que el NOPP está publicado en el centro y que se le proporcionará una copia si usted la solicita. Si esta es su primera fecha de servicio con Concentra, indíquesele a la persona que trabaja en la recepción y él/ella le proporcionará una copia del NOPP. Si tiene alguna pregunta sobre la información contenida en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Concentra, comuníquese con la oficina de Privacidad de Concentra llamando al 800-819-5571 o en [privacyoffice@Concentra.com](mailto:privacyoffice@Concentra.com).

**Nombre: (escriba en letra de molde)** \_\_\_\_\_ **Fecha en la que se recibió el aviso:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_