

**REGISTRO DEL PACIENTE**

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: SOLTERO / CASADO / DIVORCIADO / VIUDA

RACE / CAUCASICO / AFRO AMERICANO / ASIAN / NATIVO AMERICANO / OTROS

IDIOMA PRINCIPAL: INGLÉS / ESPAÑOL / OTRO POR FAVOR ESPECIFICAR \_\_\_\_\_

TELEFONO DE CASA: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ TELEFONO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

PODEMOS CONTACTAR A SU EMPLEADOR: SI / NO

\*\*\*\*\*

**PARTE RESPONSABLE**

PADRE / TUTOR / CÓNYUGE NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Me comprometo a pagar por la atención médica solicitada proporcionar a mí por DR. ROBERT S. PATITUCCI, MD en el momento cualquier servicio son prestados en los seguros no-HMO. Entiendo que administrada de HMO cuidado, Point-Of-Service y Proveedores Preferidos Organizaciones planes de salud pueden tener copagos que yo soy responsable de que los servicios se prestan a mí y me comprometo a pagar estos en el día de los servicios. Yo autorizo el pago directamente al DR. ROBERT S. PATITUCCI, MD para mis beneficios de seguro médico.

AUTORIZO DR. ROBERT S. PATITUCCI, MD a nosotros, revelar y liberar mi información de salud protegida (PHI) con el propósito de llevar a cabo el tratamiento, pago, o operaciones de atención médica (TPO) de acuerdo con la Regla de Privacidad de nuestro Gobierno Federal durante todas las visitas a la práctica. Yo entiendo que tengo el derecho de revisar el Aviso de Privacidad de la Práctica, restricciones de petición y para revocar mi consentimiento por escrito en cualquier momento. Además, autorizo al médico para discutir mi tratamiento con otros médicos y profesionales involucrados en mi tratamiento.

AUTORIZACIÓN PARA TRANSMITMEDICATION información electrónicamente: Al firmar esta usted acepta tener información médica con respecto a su atención médica con DR. ROBERT S. PATITUCCI, MD transmitirse electrónicamente en forma muy segura y encriptada. Esta información se transmite utilizando directrices de salud HCFA y HIPAA para su transmisión a las partes autorizadas por usted para papel o registro electrónico para registrar para recibir su reclamación de seguro de salud.

Reconozco que el DR. ROBERT S. PATITUCCI, MD tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA. Si deseo obtener copia de esta regla se me permite hacerlo, si no estoy de acuerdo que mis preguntas respondí han sido para mi satisfacción.

Al firmar abajo yo reconozco las afirmaciones anteriores:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_