



Fecha Actual \_\_\_\_\_

Número de Paciente \_\_\_\_\_

**Información del Paciente**

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido                      Primer Nombre                      Segundo Nombre                      Apellido de Soltera

Dirección Postal \_\_\_\_\_  
Calle o P.O Box                      Ciudad                      Estado                      Código Postal

Dirección Física \_\_\_\_\_  
(Si varía de arriba)                      Calle                      Ciudad                      Estado                      Código Postal

Número de Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número de Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_                      Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

(Circule Uno)

Sexo: Masculino Femenino      Estado: Menor Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

Raza: Norteamericano Negro Asiático Nativo de Alaska Indio Norteamericano Otra \_\_\_\_\_

Etnicidad Hispana: Si No                      Lenguaje Primario \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle                      Ciudad                      Estado                      Código Postal

Contacto de Emergencia: Nombre \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Como usted escucha de nosotros? Amigo Internet Periódico Guía Telefónica Medico de referencia Otro\_\_

**Persona Responsable por las Cuentas** *\*\*Por Favor complete esta sección si usted no es el responsable\*\**

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido                      Primer Nombre                      Segundo Nombre                      Apellido de Soltera

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle                      Ciudad                      Estado                      Código Postal

Número de Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_                      Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_                      Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

**Por favor continúe en la parte de atrás**

**Información del Contacto de Emergencia Alternativa (Otro que no sea miembro del hogar o usted)**

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido                      Primer Nombre                      Segundo Nombre                      Apellido de Soltero

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle                      Ciudad                      Estado                      Código Postal

Numero de Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_      Relación al Paciente \_\_\_\_\_

**Información del Seguro**

(1) Nombre Primario de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la Póliza \_\_\_\_\_ Empleado del Titular \_\_\_\_\_  
(Como aparece en la tarjeta)

Numero de Póliza \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_

\*\* Si el Titular de la Póliza no es el Responsable de las cuentas o el paciente, favor complete lo siguiente: \*\*

Seguro Social del Titular de la Póliza \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Titular \_\_\_\_\_

Relación del Titular de la Póliza con el Paciente \_\_\_\_\_



(2) Nombre Primario de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la Póliza \_\_\_\_\_ Empleado del Titular \_\_\_\_\_  
(Como aparece en la tarjeta)

Numero de Póliza \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_

\*\* Si el Titular de la Póliza no es el Responsable de las cuentas o el paciente, favor complete lo siguiente: \*\*

Seguro Social del Titular de la Póliza \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Titular \_\_\_\_\_

Relación del Titular de la Póliza con el Paciente \_\_\_\_\_



(3) Nombre Primario de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la Póliza \_\_\_\_\_ Empleado del Titular \_\_\_\_\_  
(Como aparece en la tarjeta)

Numero de Póliza \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_

\*\* Si el Titular de la Póliza no es el Responsable de las cuentas o el paciente, favor complete lo siguiente: \*\*

Seguro Social del Titular de la Póliza \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Titular \_\_\_\_\_

Relación del Titular de la Póliza con el Paciente \_\_\_\_\_



**Asignación de beneficios seguros/garantía de pago o uso de PHI/ Consentimiento para el tratamiento / Poder Notarial**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Asignación de Seguro Medico y certificación de Medicare/Medicaid:**

Yo, el abajo firmante, autorizo el pago de beneficios del seguro de salud que merezco por mis beneficios a Randolph Health Medical Group. Esta autorización incluirá cualquier gasto medico mayors. Esos gastos seran pagados al médico que a prestado atención en mi nombre.

Como un paciente de Medicare/Medicaid (si corresponde), por la presente autorizo el pago de todas las reclamaciones presentadas por el proveedor de referencia anterior de los servicios sanitarios, que de lo contrario son pagaderos a mí. Yo autorizo al proveedor de servicios de salud para liberar cualquier información de salud que de vez en cuando puede ser requerido por Medicare/Medicaid para hacer la determinación final del pago de las reclamaciones presentadas por el proveedor para todos los servicios médicamente necesarios prestados a mí. Yo certifico que la información dada por mí en la aplicación de pago bajo títulos XVII y XIX de la ley de Seguridad Social es correcta. Como el abajo firmante, atestiguo que RHMG ha sido solicitado para mantener mi firma en el archivo con el fin de presentar reclamos permitidos por la asignación.

**Garantía de Pago:**

Yo, el abajo firmante, por la presente reconozco que soy el responsable de esta cuenta y, como tal, sere el responsable del pago de los cargos no cubiertos por mi seguro de salud. Una vez que mi aseguradora emita una determinación final de reclamos como se refleja en su explicación de beneficios recibidos por su proveedor de atención médica, entiendo que el pago del saldo restante es inmediatamente requerido. RHMG no discrimina basándose en la capacidad de pago.

RHMG, como un impuesto diferido la entidad, es requerido por el código del IRS para ofrecer a los pacientes con necesidad financiera legítima una lista de tarifas de descuento. Cuando lo solicite, RHMG requerirá documentos específicos de ti con el fin de determinar si usted califica para nuestro desplazamiento basado en sus ingresos. Usted, nuestro paciente o la persona responsable de la cuenta, tiene la responsabilidad final de hacer una petición para consideración de la escala de tarifa de desplazamiento y se espera que proporcione RHMG con cualquier y toda la documentación necesaria para hacer una determinación precisa. El monto de descuento variara y sera basado en sus ingresos y sera determinado por RHMG.

Razones en las cuales podemos usar y divulgar información médica protectora (PHI) sin su autorización:

RHMG, como el proveedor de servicios de salud, está autorizado a divulgar, sin autorización previa, cualquier PHI necesaria para:

1. Proporcionar tratamiento médico para usted, incluyendo la comunicación con otros proveedores de cuidado de la salud para coordinar y administrar su atención médica

2. Obtener el pago por los servicios prestados.
3. realizar actividades de negocio conocidas como "operaciones de atención médica" con el fin de recopilar información para propósitos tales como: mejorar la calidad, eficiencia y costos de la atención que brindamos.

Otras circunstancias para proporcionar PHI sin su autorización incluyen, pero no se limitan a, actividades de salud públicas o cuando sea requerido por la ley. Vea nuestro aviso de las políticas de privacidad para más detalles.

**Consentimiento para tratamiento médico**

Yo, el abajo firmante a sabiendas estoy solicitando servicios médicos generales de RHMG y estoy solicitando estos servicios voluntariamente. Con mi firma abajo, atestiguo que soy mayor de 18 años de edad o más, en sano juicio y sin que me obligen ni bajo indebida influencia. Entiendo que mi médico será responsable por proveerme con una explicación de la información actual sobre mi diagnóstico, tratamiento y pronóstico (según corresponda) y requerirá mi consentimiento en cualquier procedimiento realizado sobre mí. Mi médico se asegurará de que soy suficientemente informado y entender las razones para el procedimiento. Entiendo que tengo el derecho de rechazar este tipo de atención, excepto en caso de emergencia.

**Poder Notarial Sobre Servicios Medicos Proveidos a un Menor:**

Como el tutor legal de el paciente que es menor de 18 años de edad y que no posee autoridad estatutaria para tomar sus propias decisiones sobre su cuidado medico, Yo autorizo a las siguientes personas para tomar decisiones en mi ausencia y ponerlos en lista para darles autoridad legal de tomar tales decisiones.

Poder Notarial, como a sido descrito anteriormente , es autorizado a las siguientes personas:

_____	_____	_____
Nombre	Relacion al Paciente	Fecha
_____	_____	_____
Nombre	Relacion al Paciente	Fecha
_____	_____	_____
Nombre	Relacion al Paciente	Fecha

**Reconocimiento como firmante de la cuenta:**

Sobre mi firma abajo, atestiguo que he leído y entendido todas las disposiciones que se discuten en este documento. Cualquier duda que he tenido ha sido contestada a mi satisfacción y en la medida donde puedo poner mi firma en este documento. Al hacerlo, me comprometo y reconoco una comprensión completa de mis derechos y obligaciones como paciente de RHMG. Si el paciente es menor de edad legal como se define en la ley del estado de Carolina del norte, por la presente doy fe como el abajo firmante que yo soy el guardián legal del menor.

_____	_____
Firma del Padre/ Garante de la cuenta	Fecha

_____	_____
Relación si es distinto de paciente	Fecha

\_\_\_\_\_

Razon por la cual el paciente no puede firmar

_____	_____
Testigo	Fecha