

Fecha de hoy:

Registro médico de paciente nuevo

Información del paciente

Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número del seguro social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Número de celular: _____

Número de teléfono del trabajo: _____

Nombre del empleador: _____

Número de teléfono del empleador: _____

Persona responsable

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número del seguro social: _____

Dirección: _____

Empleador: _____

Número de teléfono del empleador: _____

Alergias

1. _____

2. _____

3. _____

Médico remitente

Médico remitente: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Seguro primario

Nombre del seguro: _____

Número de identificación: _____

Número del grupo: _____

Teléfono: _____

Titular: _____

Fecha de nacimiento del titular: _____

Costo fijo del seguro: _____

Seguro secundario

Nombre del seguro: _____

Número de identificación: _____

Número del grupo: _____

Teléfono: _____

Titular: _____

Fecha de nacimiento del titular: _____

Costo fijo del seguro: _____

Consentimiento del estudio médico

Doy mi consentimiento por la presente para que el doctor Joseph Brooks y cualquier asistente(s) que él requiera para el tratamiento de diagnóstico me examinen y realicen procedimientos de diagnóstico. Entiendo que con frecuencia el doctor tiene estudiantes de enfermería y médicos que rotan por su oficina con fines de aprendizaje. Puedo elegir que no estén presentes en el momento de mi estudio médico y notificaré al doctor o a su asistente inmediatamente. De lo contrario, doy mi consentimiento para el tratamiento.

Firma: _____ Fecha: _____

Divulgación de los registros médicos: copias de dichos registros e información relacionada con ellos proveída verbalmente

Autorizo por la presente a la oficina del doctor Joseph Brooks a divulgar toda mi información médica a mi compañía de seguros; incluyendo toda la información médica referente a drogas, alcohol, abuso, salud mental y estado de VIH. Dicha información debe ser necesaria para procesar reclamaciones o para cualquier otra necesidad que puedan tener. Esto también incluye la transferencia de registros para solicitudes de autorización previa. Esta autorización también puede ser utilizada para enviar registros médicos a mi médico remitente o a mi médico de cabecera. El doctor Brooks puede referir a sus pacientes a otro médico para una atención de especialidad diferente. Este médico puede necesitar los registros médicos primero, al firmar aquí abajo usted da permiso para que la oficina del doctor Brooks envíe sus registros. Mi firma de aquí abajo actuará como mi consentimiento cada vez que mis registros sean solicitados durante mi cuidado con el doctor Joseph Brooks (a menos que yo haya hecho una petición especial) y estará en efecto durante todo mi cuidado en su oficina. Si es necesario estos registros pueden ser enviados por fax a cualquiera de las instalaciones mencionadas anteriormente usando mi firma de aquí abajo como consentimiento. La oficina del doctor Joseph Brooks no usará su nombre o cualquier información médica con su nombre para ningún tipo de publicidad.

Autorizo por la presente a la oficina del doctor Joseph Brooks a divulgar cualquier información médica verbalmente. Esto incluye la información necesaria a mi compañía de seguros para procesar cualquier reclamo o para la autorización previa. La información puede ser compartida verbalmente con mi médico remitente, con mi médico de cabecera, o cualquier oficina a la que el doctor Brooks me haya referido. Esto incluye cualquier compañía de seguros a la que esté solicitando, laboratorios, farmacias, pruebas.

Firma: _____ Fecha: _____

Pago directo

Autorizo por la presente el pago directo al doctor Joseph Brooks (Arizona Vulva Clinic, PLLC (Sociedad Profesional de Responsabilidad Limitada)), por el tratamiento quirúrgico y/o médico que reciba en su consultorio. De otro modo, si existe, se me debe pagar bajo los términos de mi seguro. Entiendo que, si el doctor no participa con mi seguro, soy totalmente responsable del pago en el momento en que se ejecute el servicio.

Firma: _____ Fecha: _____

POR FAVOR, TENGA EN CUENTA QUE NUNCA SE UTILIZAN NOMBRES, NÚMEROS O INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES PARA LA AFIRMACIÓN SIGUIENTE

Fotos / Diapositivas

ME HAN EXPLICADO QUE DURANTE MI ESTUDIO MÉDICO PUEDE SER NECESARIO REALIZAR FOTOGRAFÍAS O TOMAS DE VIDEO. ME HAN ASEGURADO QUE ESTAS FOTOS NO TIENEN MI NOMBRE NI MI IDENTIFICACIÓN (DE NINGÚN TIPO) QUE INDIQUEN QUE SON MÍOS. ENTIENDO QUE LA GRABACIÓN DE VIDEO Y LAS FOTOS (DIAPOSITIVAS) SON SOLO PARA LA ENSEÑANZA EDUCATIVA. ENTIENDO QUE ESTAS FOTOS QUE SE TRANSMITEN POR DIAPOSITIVAS NO SON RETORNABLES AL PACIENTE.

Firma: _____ Fecha: _____

POR FAVOR, TENGA EN CUENTA QUE LOS CARGOS DEL DR. BROOKS NO ESTÁN RELACIONADOS DE NINGUNA MANERA CON CARGOS EXTERNOS, COMO: LABORATORIOS, DEPARTAMENTOS DE RADIOLOGÍA, DEPARTAMENTOS DE

PATOLOGÍA Y/O FARMACIAS.