



2700 SE Stratus Ave Suite 201 McMinnville, OR Phone: 503-435-6398 Fax: 503-435-6396

Nombre de paciente:		Fecha de nacimiento:		Sexo:	
Nombres anteriores del paciente:					
Doctor primario y número de teléfono:			Doctor que lo refirió:		
Número de teléfono de casa		Celular:		Seguro social:	
				Estado civil (círcule uno): Soltero Casado Viudo Divorciado	
Correo electrónico:			Casa de cuidado/instalaciones dirección y número de teléfono:		
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Dirección para correo si es diferente:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Lenguaje preferido:		Etnia y raza (círcule de una): Blanco/caucásico Hispano o Latino Indio americano Asiático Americano africano/negro Otro:			
Método preferido de comunicación (círcule uno) Llamada de teléfono Celular or Casa Mensaje de texto Portal de paciente Correo electrónico (Citas/o cuentas solamente)					
Estado de empleo (círcule uno): Tiempo completo Tiempo medio Desempleado Trabajador por cuenta propia Estudiante Militar Activo Retirado Desabilitado					
Empleador:		Dirección de Empleador:			
Paciente/Guardian si menor de 18 años/Persona que consiente tratamiento (Persona responsable):					
Padre/Guardian:		Dirección si es diferente de arriba:		Fecha de nacimiento:	Relación al paciente:
Información de aseguranza –por favor dele la tarjeta de Aseguranza ala recepcionista.					
Nombre de Aseguranza Primaria:			Nombre del titular de la póliza:		
Fecha de nacimiento del titular de la póliza:		Relación con el paciente:		Empleador del titular de la póliza:	
Número de identificación de Aseguranza:			Número de grupo:		
Compensacion de Trabajadores y / o Reclamación de Vehículos Motorizados					
Nombre de la compañía:			Dirección para facturación:		
# de reclamo		Nombre de ajustador:		Teléfono de ajustador:	# de fax de ajustador:
Fecha que se lastimo:		Parte del cuerpo		Empleador:	



Nombre de Paciente:		Fecha de nacimiento:	
<p>Bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de la Salud de 1996, según enmendada, los pacientes tienen el derecho de acordar, restringir o oponerse a proporcionar PHI a miembros de la familia o otras personas identificadas como involucradas en el cuidado o pago del paciente por la atención médica del paciente. Para cumplir con los reglamentos, como se describe en las políticas de nuestra instalación, la documentación de los deseos del paciente debe estar presente en el expediente médico</p>			
<p>Las siguientes personas designadas tienen AUTORIZACIÓN a mi información de salud, recetas escritas, y son mis contactos de emergencia:</p>			
1. Contacto de Emergencia Primaria y Persona Designada:		Relacion con el paciente:	# de telefono:
2. Persona Designada:		Relacion con el paciente:	# de telefono:
3. Persona Designada:		Relacion con el paciente:	# de telefono:
Aviso de la Política de Privacidad			
<p>Reconozco que me han dado las polizas de la Clínica de Willamette Valley las Prácticas de Privacidad (disponibles en la recepción). Entiendo que si tengo preguntas o quejas puedo contactar al oficial de Privacidad de la instalación.</p>			Iniciales aqui:
Firma del seguro en el archivo y asignación de beneficio			
<p>Solicito que se haga el pago de los beneficios de seguro autorizados en mi nombre a Willamette Valley Clinics, LLC por cualquier servicio proporcionado por los Doctores de la clínica. Autorizo a cualquier titular de información médica acerca de mí a entregar a la compañía de seguros y sus agentes toda la información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por servicios relacionados. Comprendo mi firma solicita que se haga el pago y autorice la divulgación de la información médica necesaria para pagar la reclamación, esto incluye Medicare, Medicaid, seguro privado y otros planes de salud.</p>			Iniciales aqui:
Autorizaciones y Reconocimientos Adicionales			
<p>Autorizaciones para la divulgación de información médica: Consiento el tratamiento necesario para el paciente mencionado en este documento. Yo autorizo la liberación, por fax si es necesario, de todos los registros médicos, incluyendo todos y cada uno de los registros que contienen VIH, abuso de sustancias y / o salud mental, al médico referente y familiar y a mi compañía de seguros, si corresponde.</p>			Iniciales aqui:
<p>Asignación de Beneficios: En consideración de todos y cada uno de los servicios médicos, cuidado, medicamentos, suministros provistos por Willamette Valley Clinics, LLC y Doctores. Por la presente, yo transferiré irrevocablemente a Willamette Valley Clinics, LLC, todos los beneficios de seguro debidos y pagaderos a mí y / o servicios quirúrgicos prestados por proveedores para los cuales Willamette Valley Clinics, LLC está autorizado para cobrar y facturar. Entiendo y estoy de acuerdo (independientemente del estado del seguro) Soy responsable en última instancia del saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado. También pagaré todos los costos y gastos de colección. Por la presente autorizo la facturación electrónica para todas mis reclamaciones.</p>			Iniciales aqui:
<p>"Política de si no se presenta a la cita:" No se presenta "es cuando un paciente no se presenta o no llama para cancelar al menos 24 horas antes de la cita programada. • Todas las veces que no se presenta serán documentados en la carta del paciente y el paciente será notificado por carta. • Si 3 citas perdidas han ocurrido sin el aviso apropiado usted será considerado para la terminación de la práctica. Cuando usted es liberado formalmente de la oficina, la oficina proporcionará solamente cuidado de emergencia por un período de 30 días.</p>			Iniciales aqui:
<p>Autorización para la Revisión de la Historia de los Medicamentos Recetados (RX) y la Información del Formulario: Por la presente doy permiso para que Willamette Valley Clinics, LLC obtenga la historia de RX y la información del formulario de RX de una fuente externa. Esta información proporcionará las preferencias del plan del formulario y la información previa sobre el Plan de prescripción para ayudarnos con su plan de tratamiento.</p>			Iniciales aqui:

Comunicación Clínica

Entendimiento y Acuerdo del Portal de Paciente: Me han notificado que una vez que ingrese al portal de pacientes de Willamette Valley Clinics, LLC, necesito leer las Reglas y Reglamentos con respecto al Portal del Paciente. Entiendo los peligros con la mensajería en línea entre la clínica y yo, y estoy de acuerdo con las reglas. También acepto seguir las reglas que aparecen en la pantalla de inicio de sesión. Acepto seguir cualquier otra instrucción que la clínica pueda darme sobre el uso del portal. Entiendo que mis mensajes a la clínica se convertirán en parte de mi historial médico. Estoy de acuerdo con la información que me han proporcionado. Proporcione la dirección de correo electrónico a continuación:
• Dirección de correo electrónico: _____

Iniciales
aqui:

Le doy permiso para que me recuerden de próximas citas programadas, que pueden dejarse en mi contestador automático o con una persona designada y / o enviadas por correo electrónico, mensaje de texto o tarjeta postal a su hogar. La notificación sobre la disponibilidad de resultados de patología, laboratorio y etc. también puede ser dejada en su contestador automático o con un miembro de la familia que contesta el teléfono en su residencia. Sin embargo, los resultados reales no se dejarán en su contestador automático, aunque pueden comunicarse a los que usted autorizó como parte designada. Si proporcionó un número de teléfono celular en su información de contacto, nos pondremos en contacto con usted en su teléfono celular y, si es necesario, puede dejar un mensaje (incluyendo, sin limitación, correo electrónico, correo de voz y mensaje de texto). Si opta por recibir mensajes de texto, pueden aplicarse los cargos aplicables del operador.

Iniciales
aqui:

Surtir sus receta (RX): Tendrá que llamar a su farmacia para surtir sus recetas, con la excepción de las recetas controladas (narcóticos) que necesitarán una receta escrita. La farmacia notificará a la clínica si se necesita aprobación adicional. Por favor permita 48 horas de oficina para todas las recargas. No recargaremos recetas no urgentes y / o controladas el viernes, el fin de semana o las vacaciones.

Iniciales
aqui:

Notificación del paciente de los artículos recibidos / acuses de recibo y acuerdos.

Recibió la Política Financiera del Paciente.

Ofrecido Aviso de Privacidad de HIPAA

Recibio Política de no presentación

Estoy de acuerdo en que toda la información es correcta y he dado mi consentimiento para el tratamiento y otros artículos por inicializar esas secciones.

Firma del Paciente, Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

Una copia de esta firma es válida como la original y está en efecto hasta que la revoca. Entiendo que este formulario no se actualizará en cada cita sino que se completará anualmente. Seré responsable de proporcionar cualquier cambio demográfico / seguro al momento de la visita.

(Revisado12/2016)



Política Financiera del Paciente

Nombre: _____ **Fecha** _____

Gracias por elegir Las Clínicas de Willamette Valley, una división de Capella Healthcare. Estamos firmemente comprometidos a proporcionar a usted y a su familia con la mejor atención medica disponible.

Nos complace aceptar y cobrar a su aseguranza con cual tengamos un contrato, asignado a la verificación de su cobertura. Por favor comprenda que su plan de seguro es entre usted y su compañía de aseguranza, por lo tanto las Clínicas de Willamette Valley, LLC no se va involucrara en las disputas que te encuentres sobre su cobertura o que se involucren en un litigo con su compañía de seguros. Usted es responsable de cualquier cantidad no pagado por su aseguranza. Aceptamos efectivo, cheques y la mayoría de las tarjetas de crédito. Se le cobrara \$25 para los pagos devueltos por su banco por falta de pago.

Los pacientes no asegurados-El pago es debido en el momento del servicio, al menos que se hagan arreglos de pagos anteriores. Ofrecemos un 40% de descuento en nuestras clínicas primarias y un 50% de descuento en las clínicas especializadas cuando paga su totalidad en el momento del servicio.

Los pacientes asegurados: todos los gastos fuera del bolsillo, incluyendo los co-pagos, deducibles y los co-seguros deben ser pagados al momento del servicio. Es su responsabilidad dar nos la información de su aseguranza antes de recibir servicios. Verificación de los benéficos no es una garantía de pago y usted será responsable por cualquier servició considerado no cubierto por su aseguranza. Si por alguna razón su compañía de seguro no cubre los servicios que recibió dentro los (60) sesenta días el cobre total será su responsabilidad de pagar inmediatamente.

Compensación a los trabajadores: Si Usted se lesiono en el trabajo y quiere que nosotros le mandemos el vil a su compensación del trabajador del trabajo, puede ser necesario para obtener la autorización de la compañía con el fin de tratarlo.

Accidentes de vehículos de Motor: Si usted fue lesionado como consecuencia de un accidente de vehículo de motor y quiere que la cuenta se mande a ellos. Se requiere un depósito de la mitad de los honorarios antes de su servicio. Le enviaremos la factura a su aseguranza de automóvil de forma asignado. En el caso de haber recibido el pago total se su seguro de auto, se te reembolsara la cantidad que pago en exceso. Usted será responsable de los saldos no cubiertos por su seguro de auto.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con la política financiera arriba. Yo entiendo que los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros, así como los gastos fuera de bolsillo son mi responsabilidad.

Fecha

Firma del paciente o guardián

Nombre escrito