

PASO DEL NORTE NEPHROLOGY

MANUEL LOPEZ, M.D., P.A.

DAVID OPAWUMI, M.D., P.A.

10201 GATEWAY WEST STE. 210

EL PASO, TX 79925

REGISTRO DEL PACIENTE

NUEVO ACTUALIZAR

INFORMACION DEL PACIENTE				REFERIDO POR:	
APELLIDO	NOMBRE	INICIAL	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	EMPLEO <input type="checkbox"/> PERMANENTE <input type="checkbox"/> TEMPORAL <input type="checkbox"/> RETIRADO <input type="checkbox"/>	ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> TEMPORAL
DIRECCION			APT		
CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL		LUGAR DE EMPLEO O ESCUELA	NUMBER DE TELEFONO
NUMERO DE TELEFONO ()	<input type="checkbox"/> SOLTERO (A) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> CASADO (A)		DIRECCION DE EMPLEO O ESCUELA		
NUMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NAC.	EDAD	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL

INFORMACION DEL SEGURO PRIMARIO						INFORMACION DEL SEGURO SECUNDARIO				
MEDICARE	MEDICAID	BC/BS	AETNA	CIGNA	Healthspring	MEDICARE	MEDICAID	BC/BS	AETNA	CIGNA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTRO NOMBRE						OTRO		NOMBRE		
<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>				
NUMERO DE POLIZA			NUMERO DE GRUPO			NUMERO DE POLIZA		NUMERO DE GRUPO		
FAVOR DE PRESENTAR SU TARJETA DE SEGURO AL DEVOLVER ESTA FORMA						FAVOR DE PRESENTAR SU TARJETA DE SEGURO AL DEVOLVER ESTA FORMA				

SEGURO PRIMARIO				SEGURO SECUNDARIO			
INFORMACION DEL ASEGURADO				INFORMACION DEL ASEGURADO			
RELACION CON EL PACIENTE				RELACION CON EL PACIENTE			
<input type="checkbox"/> Mismo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Otro				<input type="checkbox"/> Mismo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Otro			
NOMBRE DEL ASEGURADO		Si no es el paciente		NOMBRE DEL ASEGURADO		Si no es el paciente	
Sexo		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Sexo		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
DIRECCION DEL ASEGURADO Si es distinto a la del paciente				DIRECCION DEL ASEGURADO			
CIUDAD		ESTADO		CIUDAD		ESTADO	
ZONA POSTAL				ZONA POSTAL			
NUMERO DE TELEFONO ()		<input type="checkbox"/> Soltero (A) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Casado (A)		TELEFONO		<input type="checkbox"/> Soltero (A) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Casado (A)	
LUGAR DE EMPLEO DEL ASEGURADO		NUMERO DE TELEFONO ()		LUGAR DE EMPLEO DEL ASEGURADO		NUMERO DE TELEFONO ()	
NUMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NAC.		NUMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NAC.	

EN CASO DE EMERGENCIA, NOTIFIQUE A:		RESPONSABILIDAD A TERCEROS		
NOMBRE	NUMERO DE TELEFONO ()	LLENE ESTA SECCION UNICAMENTE SI LA PARTE A QUIEN SE LE VA A COBRAR ES DISTINTA A LAS PERSONAS MENCIONADAS		
NOMBRE	NUMERO DE TELEFONO ()	NOMBRE	NUMERO DE TELEFONO ()	
<p align="center">DIVULGACION Y ASIGNACION</p> <p>AUTORIZO DE DIVULGE CUALQUIERA INFORMACION NESECARIA PARA PROCESAR COBROS A MI SEGURO. SOLICITO Y ASIGNO SE HAGA EL PAGO DIRECTAMENTE A PASO DEL NORTE NEPHROLOGY</p>		DIRECCION	APT	
		CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL
		Correo Electrónico _____		
FIRMA:	FECHA:			

**PASO DEL NORTE NEPHROLOGY
ACTA DE DIVULGACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre:	<input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de Nacimiento:
	<input type="checkbox"/> Femenino	

Registro de Divulgaciones de Información de Salud Protegida

En general, la regla de privacidad de HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) da a los individuos el derecho a solicitar una restricción en los usos y divulgaciones de su información de salud protegida (PHI). El individuo también se brinda el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales o que una comunicación de su PHI se haga de manera alternativa, como por ejemplo, el envío de correspondencia a la oficina en lugar de individuos de origen las personas.

La regla de privacidad general exige que los proveedores de atención médica para tomar las medidas razonables para limitar el uso de información y solicitud de PHI al mínimo necesario para lograr el efecto deseado. Estos provisins no se aplican a los usos o revelaciones hechas en virtud de una autorización solicitada por el individuo.

Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todos los pertinentes):

Teléfono de la Casa: _____
 ¿Se puede dejar mensaje con información detallada?
 Deja mensaje con una llamada de vuelta y número

Teléfono del Trabajo: _____
 ¿Se puede dejar mensaje con información detallada?
 Deja mensaje con una llamada de vuelta con el número

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Nombre impreso del Paciente o Representante

Fecha de nacimiento

Registro de la Divulgación de Información Médica Protegida

Escriba los nombres de las personas autorizadas para recibir información protegida de salud:

Nombre:	Relación a paciente	Fecha	Inicial
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

****Si el paciente niega a firmar el reconocimiento, por favor, firme el documento y la fecha y a note el tiempo que se presentó el documento y firme en la línea.****

Presentated : Fecha: _____ Hora: _____

Firma _____