

Bakersfield Dermatology and Skin Cancer Medical Group

5101 Commerce Drive, Suite 101, Bakersfield, CA 93309

661-327-3756

Fecha ____/____/____

Numero de cuenta _____

(Uso de oficina)

Informacion De Paciente:

Nombre de Paciente _____ Fecha de Naci ____/____/____ Edad _____

Primero, Inicial, Apellido

Domicilio _____

Ciudad/Estado/Codigo postal _____

Empleador _____ Ocupacion _____

Número de Teléfono (____)____-____ Empleador (____)____-____ Celular (____)____-____

Licencia de Conducir _____ Sexo _____ Estado Matrimonial _____ Raza _____

Seguro Social ____-____-____ Que Medico lo Recomendo? _____

Favor de contestar las siguientes preguntas:

¿Podemos discutir su informacion con su familia inmediata? SI NO

¿SI NECESARIO, podemos dejar informacion en al contestador automatico? SI NO

¿A sido paciente en esta oficina antes? SI NO ¿Cuando? ____/____/____

¿Otro miembro de su familia a sido paciente en nuestra oficina? SI NO ¿Si? ¿Cuando? _____

Informacion de esposo/esposa (si aplicable)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Primero, Inicial, Apellido

Numero de la Seguro Social ____-____-____ Empleador _____ Telefono (____)____-____

Padre/Guardian legal (Si paciente es asegurado por padre O no tiene 18 años)

Madre _____ Fecha de Naci ____/____/____ Seguro Social ____-____-____

Primero, Inicial, Apellido

Domicilio (si diferente de paciente) _____

Empleador _____ Casa/Trabajo Telefono(____)____-____

Padre _____ Fecha de Naci ____/____/____ Seguro Social ____-____-____

Primero, Inicial, Apellido

Direccion (si diferente de paciente) _____

Empleador _____ Casa/Trabajo Telefono(____)____-____

Favor de facilitar la siguiente informacion:

Aseguranza Primario _____

Nombre de Subscriber _____ Relacion a Paciente: Mismo Esposo Padre Otro

Numero de Subscriber _____ Numero de grupo _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Aseguranza Secundario _____

Nombre de Subscriber _____ Relacion a Paciente: Mismo Esposo Padre Otro

Numero de Subscriber _____ Numero de grupo _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Yo e recibido el aviso de practica privada, y la regla de pago de seguro de Bakersfield Dermatology. Yo autorizo pago de beneficios de seguro y descargo informacion protegido de salud en acuerdo con regulaciones de HIPAA.

Firma de Pacient (o guardia, si bajo 18 anós)

Fecha

(Fima es valida por dos anós, de la fecha, de este documento)

BAKERSFIELD DERMATOLOGY & SKIN CANCER MEDICAL GROUP
5101 COMMERCE DRIVE SUITE 101
BAKERSFIELD, CA 93309
661-327-3756

**AVISO DE LA HIPAA DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
RECONOCIMIENTO DE RECIBO**

Nombre del paciente impreso: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Número de la carta: _____

Bakersfield Dermatology & Skin Cancer Medical Group está obligado por ley a mantener la privacidad de y proporcionar a las personas el Aviso adjunto de nuestros Deberes Legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Si desea una copia de this Aviso, por favor pregunte.

Por la presente reconozco que he recibido y revisado el documento del Aviso de Práctica de Privacidad de la HIPAA.

Firma del paciente o representante del paciente/fecha del padre

Nombre impreso del paciente o representante/padre del paciente

Relación con el paciente

Bakersfield Dermatology & Skin Cancer Medical Group
5101 Commerce Drive, Suite 101, Bakersfield, CA 93309
661-327-3756 ▼ 661-327-2332 Fax

Nombre de beneficiario: _____ Medicare ID #: _____

Las regulaciones de Medicare requieren que cualquier persona que presente reclamos de Medicare determine si Medicare es el pagador principal de esos artículos o servicios suministrados al beneficiario.

¿Está recibiendo beneficios de alguno de los siguientes programas?

- Pulmón Negro Federal Esyes No
Programa de Gobierno/ Beca de Investigación Si No
Departamento de Asuntos de Veteranos Sí No

¿La enfermedad/lesión por la que está siendo atendido debido a un accidente?

- No Si- Por favor responda la siguiente pregunta:

¿Qué tipo de accidente causó la enfermedad/lesión?

- automóvil
 no-automóvil
 relacionado con el trabajo

Usted tiene derecho a Medicare en función de cuál de los siguientes:

- Edad (65 o más)
 Discapacidad
 En la fase final de la enfermedad renal- Por favor responda la siguiente pregunta:
¿Está dentro del período de coordinación de 30 meses? Sí No

¿Está empleado actualmente?

- Sí No- Fecha de jubilación: _____

¿Su cónyuge está actualmente empleado?

- Sí No aplicable No- Fecha de jubilación: _____

¿Tiene cobertura de plan de salud grupal basada en su propio empleo o en el de su cónyuge?

- Sí No

¿El empleador que patrocina su plan de salud grupal emplea a 20 o más empleados?

- Sí No I Don't Know

¿Es miembro de una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO)?

- No Sí- Por favor complete lo siguiente:

Nombre de la Compañía de Seguros o HMO

Nombre y número de póliza del asegurado

¿Es usted actualmente un paciente en un centro de enfermería especializada; como un asilo de ancianos?

- No Sí- Proporcione al personal la información de la instalación.

¿Está actualmente inscrito en Hospice?

- No Sí- Fecha inscrita: _____

Mi firma a continuación reconoce que he respondido a las preguntas anteriores a mi leal saber y entender.

Firma del paciente:

Si necesita asistencia adicional, comuníquese con el Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios de Medicare al 1.855.798.2627.

Bakersfield Dermatology & Skin Cancer Medical Group
5101 Commerce Drive, Suite 101, Bakersfield, CA 93309
661-327-3756

Notificación de HIPAA de las prácticas de privacidad

- Esta notificación describe cómo puede ser usada la información médica sobre usted Y revelar y cómo usted puede adquirir el acceso para esta información. Por favor Léalo cuidadosamente.
- Para cubrir los requisitos legales de la portabilidad de seguro médico y la ley de rendición de cuentas (HIPAA), Dermatology de Bakersfield debe describir sus usos y revelaciones de la información de salud protegida (La pi). La ley permite que Dermatology de Bakersfield revele la pi para los propósitos del tratamiento, el pago, Y las operaciones de atención sanitaria. Estos tres artículos son refer to colectivamente como TPO. TPO puede inclusión La información como notas de tabla, informes del laboratorio, historia médica, las diagnosis, la cobertura de seguro, Historia de pago, y información demográfica pero no está limitado a estos ejemplos. HIPAA requiere eso Lo informamos de todos los usos y las revelaciones de su Phi requeridas o admitir por ley. Esta notificación inform Usted como el que podemos revelar su Phi en el transcurso de TPO en formatos escritos y electrónicos, y orales Necesario para sus necesidad médicas, requisitos de seguro, pagos para su cuenta, y la salud Operaciones de cuidado de esta práctica. Las revelaciones serán hechas a compañías de seguros, a el(la/los/las) de otros médicos probablemente Oficinas laboratorios médicos, y farmacia tan requeridas para sus necesidad médicas, pago y el Operaciones de atención sanitaria rutinarias de esta práctica. Todas las revelaciones posibles descritas en esta notificación lo son Part of la función rutinaria de una consulta médica; solamente HIPAA exige que nosotros lo informemos de ellos ahora. El Ley de HIPAA también exige que nosotros mantengamos la privacidad de la pi y lo suministremos con la notificación de nuestros servicios legales Y las prácticas de privacidad con respecto a la pi. Esta notificación de las prácticas de privacidad de las que (NPP) constituye la notificación Estos servicios legales y prácticas de privacidad. Todos nuestros empleados son exigidos firmar la confidencialidad Contratos al contratar. Son entrenados en el uso correcto y la revelación de Phi y práctica discreta Métodos de la comunicación in order mantener su privacidad. Somos requeridos por ley con la que cumplir el Contenido de este NPP.
- Dermatology de Bakersfield puede contactarse con usted para recuerdos de cita, la información respecto a su cuenta, La información de beneficio de salud, las alternativas de trato, y los servicios que pueden ser of interest a usted.
- De vez en cuando los pedidos legales (i.e.. Citaciones y órdenes judiciales) ser hecho para copies of registros patientes. Esto no ocurre a menudo, sin embargo Dermatology de Bakersfield cumplirá con que ninguna instrucción del tribunal hacerlo/serlo Provea la tal información como requerir por ley. Los pedidos judiciales y legales de la ejecución de la ley no lo son Cubrir bajo la ley de HIPAA. However improbable, HIPAA requiere que lo informemos de esta posibilidad.
- Usted tiene el derecho bajo la ley de HIPAA a la que revisar y pedir copias y las enmiendas (not Cambia) a sus registros médicos y a las restricciones de solicitud sobre los usos y las revelaciones de su Phi, Como una restricción enviar la pi a una médicos oficina específica o farmacia. Sin embargo, la ley no lo hace Requera que estemos de acuerdo con el pedido. Usted también tiene el derecho del que pedir una forma alternativa Comunicación para su Phi, como envío en lugar de enviar por fax. Usted tiene el derecho de recibir uno Contabilidad de las revelaciones que son inconexo a TPO. Nos reservamos el derecho de cobrarlo a por copias hechas Sobre su behalf en esta instalación y requera que uno de nuestros personal hagan cualquier copias pedidas.
- Dermatology de Bakersfield se reserva el derecho de cambiar y cambiar los términos de su NPP. A cambiar o NPP en curso será hecho asequible a la solicitud a todos pacientes. Todos pacientes reciben el NPP en curso on Su visita inicial. Los pacientes pueden presentar una queja a Dermatology de Bakersfield en la forma de una carta firmada hacerlo/serlo La dirección en la cumbre de este aviso. Pacientes también pueden quejarse al secretario directamente del Ministerio de Salud y Servicios Humanos

(HHS.). Para hablar de any and all temas contenidos en este NPP O para la información adicional contáctese con el director de la oficina de la práctica en 661-327-3756

- HIPAA requiere que una fecha de vencimiento sea incluida en esta notificación; esa fecha será 3 - years de la fecha Usted firmó el recibo del lanzamiento de registros.