



ADVANCED HEART AND VASCULAR CENTER OF NEW MEXICO

NEUVA INFORMACION PARA EL PACIENTE

Fecha de registro: _____ Numero de cuenta: _____

Paciente (Legal) Nombre: _____ Sexo: _____

Genero: _____ Estado Civil: _____ Raza: _____

Numero de Seguridad del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del paciente: _____

Direccion del Paciente: _____ Ciudad, Estado: _____Codigo: _____

Telefono: _____ Celular: _____ Telefono del trabajo: _____

Email: _____ Estas registrado en el portal del paciente? Si/No

Para obtener informacion sobre como registrarse en el portal, pregunte a nuestro equipo de recepcion.

Quein es su proveedor de atencion primaria? _____ Preferencia Hospital: _____

Que laboratorio: _____ Que farmacia que usa?: _____

Motivo de Service: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Contacto de Emergenica: _____ Telefono: _____

Direccion: _____ Ciudad, Estado: _____Codigo: _____

Relacion con el paciente: _____ Fecha de Nacimiento de Garante: _____

Informacion Garante

☐ Este es el asegurado principal del Seguro

Nombre Garante: _____ Telefono: _____

Direccion: _____ Ciudad, Estado: _____Codigo: _____

Relacion con el Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del Garante: _____

Escriba toda la informacion del Seguro y el orden correcto en el que entra el seguro para evitar problemas de facturacion. Por favor tenga tarjeta de seguro en su cita.

SEGURO PRIMARIO

NOMBRE: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NUMERO ID: _____ NUMERO DE GRUPO: _____

NUMERO DE CONTACTO DEL SEGURO: _____

SEGURO SECUNDARIO

NOMBRE: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NUMERO ID: _____ NUMERO DE GRUPO: _____

NUMERO DE CONTACTO DEL SEGURO: _____

☐ Este es un reconocimiento de que toda la informacion del seguro ha sido proporcionada en el orden de facturacion correcto.

EMPLEO

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____ EMPLEO RELACIONADO: SI/NO

*Nuestros consultorios llamada de seguimiento de rutina con respect a sus visitas. Permitiria que nos comuniquemos con usted con el fin de ver como las cosas es fueron con su visita?
Si / No*

En caso affirmative, como prefiere que la contatemos? Telefono / Email/ Text

Firma del Paciente

Fecha

SOLICITUD DE LA COMUNICACION CONFIDENCIAL DE LA INFORMACION DE
SALUD PROTEGIDA

(Request for Confidential Communication of PHI)

Yo _____ comunicacion de solicitud de mi informacion de salud protegida (PHI) de Advanced Heart and Vascular of NM, los medios alternativos o en lugares alternativos. Entiendo que esta solicitud se aplica unicamente a las comunicaciones de Advanced Heart and Vascular Center of NM para el paciente y las Comunicaciones que es envian al asegurado nombrado de una poliza de seguro que cubre al paciente como dependiente del asegurado nombrado.

Sirvase indicar lose metodos y o de lugares de en la que nos comunicaremos con usted.

Telefono: _____ Email: _____

Dirreccion: _____ Ciudad, Estado: _____Codigo: _____

Otro: _____

NOTA: Esta solicitud permanecera en efecto hasta que usted nos notifica de un cambio.

OTROS CONTACTAR A TRANSMITIR SU INFORMACION DE SALUD DE
PROTECCION:

Nombre: _____ Relacion con el Paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ Numero de Seguridad Social del Paciente: _____

NOTA: ESTA SOLICITUD PERMANECERA VIGENTE HASTA QUE NOS NOTIFIQUE
EN CAMBIO.

NOMBRE IMPRESO

FECHA

FIRMA

FECHA

RECONOCIMIENTO DE TRATAMIENTO

TIENE DIRECTIVA ANTICIPADA PARA SALUD? SI / NO

Autorizacion para Tratamiento

Por la presente autorizo a Advanced Heart and Vascular of New Mexico para proporcionar atencion y tratamiento medico para mi si lo consideran necesario.

Firma

Fecha

Asignacion de Beneficios y Divulgacion de informacion:

Por la presente autorizo el pago directamente al benefico Advanced Heart and Vascular of New Mexico. Tambien autorizo la liberacion de cualquier informacion de registro medico para el seguro.

Firma

Fecha

Padre/Tutor

En el caso de que mi conyuge o yo no estan disponibles. Le doy permiso para Advanced Heart and Vascular of New Mexico para proporcionar atencion medica y tratamiento a mi higo si lo consideran necesario. Mientras que mi hijo esta bajo la supervision de:

Nombre

Relacion con el paciente

Firma

Fecha

Practica de Privacidad Aviso Recibo

He recibido el Aviso de Privacidad Avisos practica. Su firma indica que usted entiende y ha recibido una copia de nuestro aviso.

Firma

Fecha

Si usted tiene alguna pregunta con respect al la informacion contenida en nuestro Aviso de Practica de Privacidad. Por favor no dude en ponerse en contacto.

Firma

Fecha

POLITICA FINANCIERA

Su polize de seguro es un contrato entre usted y la compania de seguros. Es su responsabilidad saber que tipo de cobertura que tiene. Le enviaremos la facture a su compania de seguros, pero no Podemos garantiza beneficios o cantidades. USTED ES RESPONSIBLE DE LA BALANZA DE PAGOS, que se debe dentro de 30 dias o segun los acuerdos con nuestro departamento de facturacion.

Deducible de seguros y co-pagos son debidos en el momento del servicio. Los adultos que acompanan a un menor de edad son respnsables por el pago de service.

Las pregunats sobre esta declaracion de politica o metodo de pago se pueden dirigir a nuestra gerente de oficina.

NOMBRE IMPRESO

FECHA

FIRMA

FECHA