



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN 2020

Nombre: _____ Apellido: _____ M.I.: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social #: _____

Información de divulgación HIPAA: ¿Con quién usted permite que compartamos su información médica?

Nombre de la Persona	Relación con el Paciente	Núm. De Teléfono	Compartir Información No-Clinica	Compartir Información Clínica
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

* Información No-Clinica se refiere a programación de citas solamente.

Firma: _____ Fecha: _____

Con mi firma confirmo de que la información anterior es correcta según mi mejor entendimiento. También reconozco que es mi responsabilidad alertar a Starling de cualquier cambio que ocurra hacia mi HIPAA.

Datos Demográficos del Paciente

Género: Femenino Masculino | Idioma Principal: _____ | Estado Civil (S/C/V/D): _____

Raza: Negro/Afroamericano Asiático Blanco Indio Americano Declinar Otro _____

Etnicidad: Hispano/Latino No-Hispano/Latino Declinar | Directiva Anticipada/Living Will: Sí No

Dirección Postal: _____

Apt/Unidad: _____ | Ciudad, Estado, ZIP: _____ | Menor (menos de 18): _____

Tel.: _____ ¿Podemos dejar mensajes en su buzón de voz? Sí No

Empleador (Nombre, Dirección): _____ Tel. Empleador: () _____

Información de su Seguro

Primario | Nombre Compañía: _____

Póliza #: _____ | Grupo #: _____

Suscriptor Primario | Nombre: _____

D.O.B.: _____ | Relación: _____

Secundario | Nombre Compañía: _____

Póliza #: _____ | Grupo #: _____

Suscriptor Secundario | Nombre: _____

D.O.B.: _____ | Relación: _____

Información Adicional

Médico Primario (Nombre): _____ Tel.: () _____

Dirección (Médico): _____ Proveedor de Referencia (Name): _____

Dirección (Proveedor Ref.): _____ Seleccione si es auto-referido:

Contacto de Emergencia: ¿A quién podemos llamar en caso de una emergencia?

Nombre de Contacto	Relación	Teléfono	Dejar mensaje	Tipo de mensaje
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Detallado <input type="checkbox"/> Corto <input type="checkbox"/>

PLEASE TURN PAGE OVER



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA PACIENTES DE HIPAA 2018

Confirmación de Cita

Nota: Como servicio hacia nuestros pacientes, Starling Physicians, P.C. utiliza un servicio automatizado para recordarle sus citas. En el caso de que la llamada no sea respondida, se le dejará un mensaje.

Seleccione un solo método de confirmación automatizada y llene la información necesaria:

Llamada (Hogar/Celular*) _____

E-mail _____

Texto* _____

Prefiero **no** tener un recordatorio automatizado.

Ya recibo recordatorios automatizados a través de Follow My Health.

*Si usted afirma de que éste es su método de contacto preferido, aceptará todos los cargos que su compañía telefónica emita.

Autorización y Comunicado

Por la presente autorizo los pagos directos a Starling Physicians, P.C. de mis beneficios médicos que, de otro modo, fuesen pagados por mí. Comprendo que soy responsable financieramente por cualquier cargo que no sean cubiertos por este medio. Autorizo a Starling Physicians, P.C. a emitir cualquier información requerida para apoyar mi petición.

Firma: _____ Fecha: _____

Para pacientes de Medicare

Solicito que cualquier pago de mis beneficios de Medicare sean de parte mía hacia Starling Physicians, P.C. por cualquier servicio que me sea provisto por un médico. Autorizo al poseedor de mi información médica ha emitir dicha información al Health Care Financing Administration y sus agentes para determinar aquellos beneficios o beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Firma: _____ Fecha: _____

Póliza de Citas Perdidas

Se le informa que Starling Physicians, P.C. tiene el derecho de cobrarle en caso de que no asista a su cita. En caso de que usted no llegue a su cita y no haya cancelado o reprogramado 24 horas antes de dicha fecha, un cargo se le puede aplicar a su cuenta.

Póliza de Pagos y Responsabilidad del Paciente

Se le informa que mientras usted se mantenga bajo su contrato de seguro, usted es responsable de su co-pago, co-seguro o deducible. La póliza de Starling Physicians, P.C. colecciona todos los co-pagos adeudados al momento del servicio. Adicionalmente, se le pedirá que pague cualquier balance pendiente al momento del servicio.

Al firmar, usted reconoce de que ha sido informado y está de acuerdo con los términos de nuestras pólizas:

Firma: _____ Fecha: _____

***Deseamos recibir su opinión sobre su visita a Starling. Por favor provea su dirección de e-mail si desea compartir sus experiencias en cuanto a nuestros servicios en una encuesta para pacientes:**

E-mail: _____ Fecha: _____