

Stella Mattina Health Inc.

Phone: 214-942-3100 Fax: 469-399-0355

Locations: 1135 N Bishop Ave. Dallas, TX 75208 | 6300 Samuell Blvd, #154. Dallas, TX 75228
| 901 N. Galloway Ave. Ste 107. Mesquite, TX. 75149 | 811 W Interstate 20 Ste 212. Arlington, TX 76017 |

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Estado Civil: _____ Fecha de nacimiento: _____ # Seguro Social: _____

Raza: _____ Etnicidad: _____ Religión: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Celular: _____ Email: _____ Ocupación: _____

PERSONA RESPONSABLE

Nombre: _____ Relación: _____ Celular: _____

Fecha de nacimiento: _____ Ocupación: _____ # Seguro Social: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

Farmacia de su preferencia: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Motivo de la visita: _____ Alergias: _____

Patient Referred by:

 Búsqueda Postal Redes Sociales Referencia _____ Otro _____

POR MEDIO DE LA PRESENTE AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN NECESARIA PARA PROCESAR UNA SOLICITUD DE PAGO A WOMEN'S SPECIALTY CENTER BAJO EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO. ENTIENDO QUÉ SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE MI CUENTA INDEPENDIEMENTE DEL ESTADO DE MIS RECLAMACIONES DE SEGURO. ASÍ MISMO, SOY CONSCIENTE QUÉ DE ACUERDO CON EL CONTRATO QUÉ HE FIRMADO CON MI ASEGURADOR, SE CONSIDERA FRAUDE NO PAGAR MI COPAGO O DEDUCIBLE EN EL MOMENTO DEL SERVICIO. ADEMÁS, ACEPTO EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE PAGO, ASUMIR EL COSTO DE COBRO Y/O EL COSTO DEL TRIBUNAL Y LOS HONORARIOS LEGALES EN CASO DE SER REQUERIDOS.

(Nombre del paciente)_____
(Firma del paciente)

Fecha: ___/___/___

AUTORIZACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Recordatorios de cita: La práctica podría utilizar su información para recordarle de sus citas futuras. En general, las regulaciones de privacidad de HIPAA otorga a los individuos el derecho de solicitar restricciones al uso y divulgación de su información médica protegida (PHI). El individuo tiene también el derecho de solicitar comunicación confidencial bien que dicha comunicación de PHI se realice a través de un método alternativo como el enviar correspondencia a la oficina del individuo en lugar de a su casa.

Me gustaría ser contactado a través de los siguientes medios (seleccione todas las opciones que apliquen):

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Teléfono celular: _____ | <input type="checkbox"/> Comunicación escrita: _____ |
| <input type="checkbox"/> O.K. enviar mensajes SMS | <input type="checkbox"/> O.K. enviar correspondencia a mi casa |
| <input type="checkbox"/> Dejar mensaje con teléfono de contacto únicamente | <input type="checkbox"/> O.K. enviar correspondencia a mi trabajo/oficina |
| <input type="checkbox"/> O.K. dejar mensaje con información detallada | <input type="checkbox"/> O.K. enviar fax a este número |
|
 | |
| <input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> O.K. enviar información detallada | |
| <input type="checkbox"/> Favor de no contactarme por correo electrónico | |

Otros usos y divulgaciones: La divulgación de su información médica o su uso para cualquier otro propósito distinto de los enumerados en el folleto "Aviso de Políticas y Prácticas de Privacidad" y/o consentimiento requieren su autorización específica por escrito. Si cambia de opinión después de autorizar el uso de la divulgación de su información, puede solicitar la revocación por escrito de la autorización. Sin embargo, su decisión de revocar la autorización no afectará ni deshará el uso de la divulgación de información que ocurrió antes de que nos notificara de su decisión. Así mismo, usted tiene derecho a solicitar restricciones en el uso y divulgación de su información médica:

Yo, _____, solicito las siguientes restricciones para el uso y divulgación de mi información médica:

AUTORIZACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Personas autorizadas para recibir información:

La información médica que Stella Mattina Health Inc. colecciona o recibe sobre usted puede ser divulgada con las siguientes personas:

Nombre de la persona / relación / organización

Nombre de la persona / relación / organización

Uso y Divulgación de Información:

_____ Yo autorizo a las personas enlistadas anteriormente para recibir toda mi información médica sobre citas, tratamientos y/o otra información pertinente a mi salud y/o pagos por los servicios proveídos por las clínicas de Stella Mattina Health Inc.

_____ Yo no autorizo que la siguiente información sea divulgada con ninguna otra persona excepto conmigo como el paciente (Favor de especificar): _____

Fecha de expiración de la autorización

Esta autorización es válida hasta el ___/___/___ a menos que sea revocada o terminada por el paciente o el responsable legal del paciente.

Derecho a Terminar o Revocar la Autorización

Usted puede revocar o terminar esta autorización enviando una revocación por escrito a Stella Mattina Health Inc. Usted debe comunicarse con el FUNCIONARIO DE PRIVACIDAD u otro representante autorizado para cancelar esta autorización.

Potencial de Nueva Divulgación

La persona u organización a la que se le envía la información médica puede divulgar repetidamente información médica identificada por esta autorización. Es posible que la privacidad de esta información no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad.

(Nombre del paciente)

(Firma del paciente)

Fecha: ___/___/___

FINANCIAL WAIVER

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

YO ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO QUÉ SOY ECONOMICAMENTE RESPONSABLE POR LOS SERVICIOS MEDICOS QUÉ NO SON CUBIERTOS POR MI PLAN DE ASEGURANZA. ES MI VOLUNTAD RECIBIR Y PAGAR LOS SERVICIOS MEDICOS AL MOMENTO DE SER PROPORCIONADOS.

Servicios Solicitados: _____

(Nombre del paciente)

(Firma del paciente)

Fecha: ___/___/___