



ARLINGTON FAMILY HEALTH PAVILION

707 N. FIELDER RD. SUITE A
ARLINGTON, TX 76012
817-277-2671
afhpd@afhpd.com

Todos los pagos y contrapesos son debidos en el momento de los servicios solo que acuerdos anteriores se han hecho con el gerente de la oficina. Los padres completaran los siguientes formularios para sus hijos, por favor asegúrese de que usted nos proporciona la información correcta que se necesita para ponerse en contacto con el tutor legal. No vamos a entrar en el centro de la legalidad del divorcio y las cuestiones relativas a los saldos y pagos o saldos vencidos.

Informacion Personal:

Nombre: Apellido: _____ Primer: _____ M: _____

Sexo: M F

SS#: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Numero de Licencia: _____

Dirreccion: _____ Apt#: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Numero de Casa: _____

Numero de Trabajo: _____ Elejir

Cellular: _____ Contacto Preferido

Email: _____

(Contacto preferido autoriza a doctores/ personal de la oficina dejar mensaje detallado.)

Informacion de Trabajo:

Empleado: Si No Jubilado Estudiante

Lugar de Trabajo: _____

Estado Civil:

Casado/a Divorciado/a Separado/a Soltero/a Buido/a

Nombre de Pareja: _____

Fecha de Nacimineto: _____ SS#: _____

Lugar de Trabajo: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Relacion: _____ Numero de Telefono: _____

Doctor Primario:

Dr. Ledesma Dr. Rodgers Kayleigh King Tori Ledesma

Etnicidad:

Hispano/Latino/a Not Hispano/a Raza Desconosida Deseo no compartir

Race:

Nativo Americano/Alaska Hawaiiانو/De Las Islas Pacificas Africano Americano

Otro

Idioma:

Primario: _____ Secundario: _____

Firma: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____



ARLINGTON FAMILY HEALTH PAVILION

707 N. FIELDER RD. SUITE A

ARLINGTON, TX 76012

817-277-2671

afhpd@afhpd.com

Informacion de Seguro Medico:

Es el asegurado primario? Si No No Seguro Medico

Si su respuesta es NO, llene la siguiente informacion del asegurado primario:

Nombre: _____ M F
Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____ DL#: _____
Lugar de Trabajo: _____ Relacion: _____
Proveedor: _____
ID#: _____ Grupo#: _____

Si tiene informacion secundaria de seguro medico, llene lo siguiente:

Nombre: _____ M F
Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____ DL#: _____
Lugar de Trabajo: _____ Relacion: _____
Proveedor: _____
ID#: _____ Grupo#: _____

Firma: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

La Regla de Privacidad exige que los proveedores de atención médica tomen medidas razonables para limitar el uso de la divulgación y solicitud de PHI. Haremos todo en nuestro medio para lograr el propósito deseado. Estas disposiciones no se aplican a las notas o declaraciones hechas en virtud de una solicitud de autorización de un individuo. Entidades de atención de salud deben llevar un registro de las divulgaciones de PHI se indican a continuación. Usos y divulgaciones pueden ser permitidas sin el consentimiento previo, en caso de una emergencia. Autorizo la divulgación de los registros médicos y la información financiera necesaria para procesar cualquier reclamación. Yo autorizo a mi compañía de seguros si es aplicable a los pagos de AFHP para recibir tratamiento médico. También estoy de acuerdo que la cumplimentación de cualquier reclamo médico con la compañía de seguros no es garantía de pago. En el caso de que mi reclamo es negado, voy a ser responsable del balance. Hay una fecha límite para cada compañía de seguros. Tenga en cuenta que si usted no trae una tarjeta de seguro dentro de los 60 días de su visita, usted será responsable por el saldo adeudado.



ARLINGTON FAMILY HEALTH PAVILION

707 N. FIELDER RD. SUITE A

ARLINGTON, TX 76012

817-277-2671

afhpd@afhpd.com

Autorización y Consentimiento de Información Médica

HIPAA requiere una lista de todas las personas a las que el usuario garantiza el acceso a su información médica. Este formulario le permitirá a las personas autorizadas para recibir información sobre las citas, resultados de pruebas, así como el permiso para recoger la prescripción, así como cualquier otra información relacionada con el tratamiento proporcionado por nuestras instalaciones.

Yo permito que las siguientes personas tengan acceso a mi expediente médico:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____

En caso de una emergencia doy permiso a las siguientes personas de levantar mis recetas de medicina:

- 1. _____
- 2. _____

¿Le gustaría ser avisado/a si alguna fuente externa (es decir, los seguros de vida, seguros de automóviles, compañías de seguros de salud), solicita información sobre su nombre? Tenga en cuenta que si marca "NO" no notificaremos a menos que una autorización firmada no está presente.

- Sí, por favor de avisar tengo restricciones.
- No, No tengo ninguna restricción adicional.

Firma: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____



ARLINGTON FAMILY HEALTH PAVILION

707 N. FIELDER RD. SUITE A

ARLINGTON, TX 76012

817-277-2671

afhpd@afhpd.com

Recibo de las Políticas de Salud de Arlington Family Health Pavilion y Directrices

Arlington Family Health Pavilion se reserva el derecho de modificar la privacidad y directrices que se describen en este aviso. Esto también se puede cambiar en cualquier momento si HIPAA hace cualquier cambio en sus políticas.

He recibido una copia de las "Políticas y Lineamientos" de Arlington Family Health Pavilion y también una copia de las "Políticas y Procedimientos" de oficina. Yo he leído y entendido las políticas de la oficina y los procedimientos, los avisos de la práctica privada, así como las directrices y procedimientos de HIPAA.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Firma de Representante: _____ Fecha: _____

(Requerido Representante si el paciente es menor de edad)

Relación del representante con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____