



# Inland Urgent Care

"Keeping the Valley at Work"

Información del paciente / liberación de los registros / renuncia de seguro

Menifee	Temecula	Wildomar	Canyon Hills	Corona
P: (951)246-3033	P: (951)303-6440	P: (951)600-0110	P: (951)244-2224	P: (951)279-4994
F: (951)246-7373	F: (951)303-6449	F: (951)600-1489	F: (951)244-1244	F: (951)279-4993

Razón de la visita: \_\_\_\_\_

Nombre De Paciente:  
 Primero: \_\_\_\_\_ Segundo: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Paciente SS# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Numero Teléfono De Casa: \_\_\_\_\_ Numero Teléfono de Celular: \_\_\_\_\_

Y si el paciente es niño(a): Nombre de padres O guardián(a): \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Número De Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico de cabecera \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Gustaría que la visita de hoy/laboratorio/rayos x/ etc. ¿Electrónicamente a su doctor principal? Sí: \_\_\_ No: \_\_\_

**¿Podemos dejar un correo de voz con resultados negativos de laboratorio / rayos x? Si: No:**

Nombre de Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Titular de Póliza SS# \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Consentimiento para usar y divulgar información médica para el tratamiento y pago, o la asistencia sanitaria

Entiendo que como parte de mi salud, esta organización origina y mantiene registros de salud que describen mi historial médico, síntomas, exámenes Y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan para el cuidado o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve: una base para planear mi cuidado y tratamiento. Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado. Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico y la información quirúrgica a mi cuenta. Una persona en tercero verifica su elegibilidad. Esto puede incluir operaciones de atención médica de rutina, tales como la evaluación de la atención de calidad y la revisión de la competencia de los profesionales de la salud. Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de la notificación de la práctica de la información que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de información antes de firmar este consentimiento. Entiendo que la organización se reserva el derecho de cambiar su aviso y sitios de práctica (s). Entiendo que tengo el derecho de objetar el uso de mi información de salud para propósitos de revelación. Entiendo que tengo que solicitar restricciones en cuanto a cómo se puede usar o divulgar mi información de salud para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica y que la organización no está obligada a aceptar la restricción (s) solicitada

Solicito las siguientes restricciones al uso o divulgación de mi información de salud

Que el consentimiento anterior, por la presente:  Aceptar  Negado

Verificación de Aseguranza Renuncia y Seguimiento Acuerdo Visita

Inland Urgent Care aceptará la tarjeta de seguro presentada junto con una identificación adecuada y se facturará en consecuencia. Sin embargo, si su cobertura de seguro de ser ineficaz o no válida, usted será responsable de todos los procedimientos para su visita. Le pedimos que lea las declaraciones de abajo y firme su nombre indicando que entendió todo. Por la presente declaro que he proporcionado la información de su seguro Actual, que refleja mi plan actual, y para la cobertura de la póliza y medico servicios. En el evento que no este elegible para aseguranza de beneficios puesto en la tarjeta medica para el día de la visita, voy a ser financieramente responsable de todos los cargos relacionados con mi tratamiento incluyendo, consulta, procedimientos, equipo médico duradero emitida, etc.

Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA paciente: He recibido y leído este documento. ¿Le gustaría una copia?: Sí  No

Este seguimiento Acuerdo, que establece que la atención Inland Urgent Care un copago por las visitas de seguimiento a este establecimiento. Para las visitas de seguimiento a mí incluir, pero no están limitados a: el traslado de sutura, cheques de heridas y cambio de vendajes. Mediante la firma de este acuerdo, reconozco que soy plenamente consciente de que se requiere un co-pago de cualquiera y todas las visitas de seguimiento.

Firmando abajo, yo conciento al examen y tratamiento por un profesional con licencia en mano en Inland Urgent Care.

Imprima su nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante legal \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_