



Registro del Paciente

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SS: _____

Direction: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Codigo Postal: _____

Cell #: _____

Tel de Casa#: _____

Tel de Trabajo #: _____

Doctor que le refirio: _____

Doctor Primario: _____

Aseguranza: _____

Identificacion de aseguranza: _____

Grupo #: _____

Nombre del asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SS: _____

Segunda Aseguranza (si es aplicable): _____

Identificacion de aseguranza: _____

Grupo #: _____

Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS: _____

EMAIL: _____

Sexo: Hombre Mujer

Estado Civil:
Soltero Casado Divorciado
Viudo(a) Otro

Empleo:
Empleado Desempleado Retirado

Nombre de empleador: _____

En caso de emergencia por favor contactar:

Nombre: _____

Relacion: _____

Cell #: _____

Tel de Casa#: _____

Como se entero de nosotros: Doctor TV Radio Periodico/Paginas Amarillas Internet Familiar/Amigo

Yo autorizo a Cardio Texas, PLLC Doctores y/o su mid-levo proveedor (a) - (Enfermera (o), Asistente Medico) y cualquier otro proveedor medico a poder dar tratamiento, y exámenes razonablemente necesario para atender las condiciones medicas por las cuales estoy consultando a Cardio Texas, PLLC. Yo comprendo que en caso de tener que hacer pruebas/exámenes adicionales , invasivos y procedimientos intervencionales recomendados, Se me pedirá leer y firmar nuevos consentimientos para exámenes/pruebas adicionales.

Firma: _____

Fecha: _____



Consentimiento para el tratamiento y el Acuerdo de Pago

Por la presente autorizo CARDIO TEXAS de usar y / o divulgar mi información de salud que específicamente me identifica o que puede ser razonable utilizar para identificarme para llevar a cabo mi tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

El tratamiento incluye pero no se limita a: la administración y el rendimiento de todos los tratamientos, la administración de cualquier anestésico que sea necesario, el uso de la medicación prescrita, el rendimiento de los procedimientos que se estimen necesarios o convenientes para el tratamiento de este paciente, tales como procedimientos diagnósticos, la obtención y utilización de cultivos y de otras pruebas de laboratorio medicamente aceptado, todo lo cual, a juicio del médico de cabecera o de sus personas asignadas pueden ser considerados medicamente necesarios o convenientes.

El pago incluye, pero no se limitan a: la autorización de pago directamente a Cardio Texas de los beneficios de otro modo pagadero a mí. Yo reconozco la liberación de mis registros médicos a las aseguradoras de terceros o personas autorizadas para que su divulgación sea necesaria para establecer o cobrar una tarifa por los servicios prestados, tales como servicios de facturación y cobro, los pagadores de seguros, las aseguradoras de accidentes de auto, o para el trabajo relacionado lesionado a mi empleador o su representante entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos. Reconozco que los registros de pacientes pueden ser almacenados electrónicamente y estará disponible a través de redes informáticas.

Operaciones de atención médica incluyen, pero no se limitan a: la liberación de mi información médica a cualquiera de mis médicos y sus oficinas o empresas de seguros que participan en mi cuidado o tratamiento y la calidad de dicha atención.

Yo entiendo que esto se da ante de cualquier diagnóstico o tratamiento específico, y que estos servicios son voluntarios y que yo tengo el derecho de rechazar estos servicios. Tengo la intención de este consentimiento continúe aun después de un diagnóstico específico se ha hecho y recomendaré tratamiento. Este consentimiento permanecerá en pleno vigor a menos que sea revocada por escrito y no afectará a las acciones que se tomaron antes de recibir mi revocación. Una fotocopia de esta autorización será considerada tan válida como el original.

Paciente y / o garante es responsable por los cargos incurridos. Es una cortesía de la oficina de archivo con su seguro, sin embargo, usted es responsable de su co-pago o el porcentaje y que el seguro no se hace responsable por el día de su visita. Es responsabilidad del paciente obtener los formularios de referencia necesarios de su médico de atención primaria cuando sea necesario. Si la referencia no se obtiene antes de la visita, el paciente se hace responsable por el pago en su totalidad el día de servicio. Si no somos capaces de obtener el pago en un plazo razonable de tiempo por parte del paciente, garante pondremos colocar su cuenta con una agencia de cobro que le dejara responsable de cualquier gasto adicional incurrido.

He leído y entiendo las reglas de pago antes mencionadas. Estoy de acuerdo en remitir a CARDIO TEXAS todos los seguros o Pagos de terceros que recibo por los servicios prestados a mí inmediatamente después de recibirlos. Iniciales del Paciente: _____

MEDICARE AUTORIZACION DE POR VIDA

Yo certifico que la información que me han dado en la solicitud de pago bajo el Título XVII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí para liberar a la Administración del Seguro Social de sus intermediarios o portadores cualquier información necesaria para esto o un reclamo relacionado con Medicare. Solicito que los pagos de los beneficios autorizados se pagaran en mi nombre. Estoy asignando el pago de servicios con el suministro médico o la organización de los servicios o autorizar al médico o la organización a presentar una reclamación a Medicare para el pago.

Estoy asignando el pago por sus servicios a CARDIO TEXAS Iniciales del Paciente: _____

I request this authorization also apply to all other insurance. Iniciales del Paciente: _____



Autorizacion Para relevar informacion medica

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS: _____

Relevar archivos a:

Nombre: Cardio Texas, PLLC
Direccion: 1015 E 32nd St Suite 508
Austin, TX 78705
Tel: 512-807-3140
Fax: 512-469-0192

Por la presente Yo autorizo el relevo de mi archivo medico, incluyendo todo resultado y exámenes que incluso incluyan los siguientes datos: droga, Alcohol y tratamiento Psicriatico a la entidad ya mencionada en parrafo anterior.

Yo entiendo que la informacion relevada por esta autorizaci6n estara sujeta a ser relevada una y otra vez por el recipiente y no sera ya mas protegida por el Acto llamado " Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996. Las instalaciones, us empleados, oficiales y Doctores son por esta presente relevados de cualquier responsabilidad legal o riesgo por relevar la ya mencionada infonnaci6n a la extension indicada y autorizada por esta.

Yo entiendo que no es toy obligado a finnar es ta autorizaci6n y que mi tratamiento o pago por servicios prestados no seran negados si yo no finno esta forma a menos que ha ya sido especificado bajo el **Proposito de Relevacion**.

Yo entiendo que puedo revocar esta autorizacion en cualquier tiempo excepto en acciones que ya hayan sido tomadas bajo esta autorizaci6n. Esta autorizacion expirara en 90 dias a partir de mi firma, a menos que sea especificada bajo dia, evento, o condiciones siguientes: _____

Firma del Paciente

Fecha

Cardio Texas - Testigo



Aceptacion a dar seguimiento despues de examenes medicos

Como paciente de Cardio Texas, Yo comprendo que los Doctores y/o sus empleados en area clinicos como el enfermero (a) incluyendo sus asistentes medico pueden ordenar examenes en otras localidades, examenes que incluyen orden de laboratorio, rayos X, ultrasonidos etc . . .

Yo comprendo que es parte mi responsabilidad en dar seguimiento a mis resultados. Si me hice un examen y no recibo Hamada de mi Doctor o enfermera con los resultados dentro de 2 semanas de haber hecho los examenes, yo deberia asumir que mis resultados no fueron enviados a mi Doctor. Y en reconocimiento a tal, Yo entonces soy responsable de Hamar a Cardio Texas y hablar con mi Doctor o su enfermera para detenninar los resultados.

Firma del Paciente

Fecha