

# StDavid's HEART & VASCULAR

## Formulario de Registro para el Paciente

(Por favor escriba con letra de molde o de imprenta)

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Apartamento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

*Cuál es su número preferido:*

Número de Teléfono de Casa: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_  Número de Teléfono del Trabajo: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Número de Teléfono Móvil: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Raza/Etnia: \_\_\_\_\_

Contacto en Caso de Emergencia: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono Primario: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Número de Teléfono Secundario: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Médico de Cabecera o Primario: \_\_\_\_\_ Médico que nos Recomendó: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación/Profesión: \_\_\_\_\_

Dirección Laboral: \_\_\_\_\_ Número de Suite: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### Plan Médico

Su(s) tarjeta(s) de plan médico o prueba de tener un plan médico vigente debe ser presentada al momento del servicio.

**Nombre del Plan Médico Principal o Primario:** \_\_\_\_\_ **Número de Póliza:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Beneficiario:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento del Beneficiario:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nombre del Plan Médico Secundario:** \_\_\_\_\_ **Número de Póliza:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Beneficiario:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento del Beneficiario:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nombre del Plan Médico Terciario:** \_\_\_\_\_ **Número de Póliza:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Beneficiario:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento del Beneficiario:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Asignación y Autorización de Beneficios para Pacientes con Plan Médico

Por este medio asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos a los cuales tengo derecho incluyendo Medicare, plan médico privado y otros planes médicos a St. David's Heart & Vascular, PLLC. Entiendo que soy responsable financieramente por todos los cargos, pagos compartidos (co-insurance y copay en inglés) y deducibles. Yo autorizo la divulgación de porciones de mi récord médico al grado que sea necesario para determinar mis beneficios, obtener pagos y reembolso. Yo autorizo a que hagan reclamos a mi plan médico y a que mi plan decida asignar mis beneficios.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Persona que lo representa**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

### \*\*\*Reconocimiento Financiero para Pacientes sin Plan Médico\*\*\*

A aquellos pacientes que no estén cubiertos por un plan médico, se les espera pagar el monto completo al momento del servicio. Yo acepto que soy responsable financieramente por todos los cargos incurridos durante mi visita o servicio obtenido.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Persona que lo representa**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

# StDavid's HEART & VASCULAR

## CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN GENERAL Y PARA EL TRATAMIENTO

**PARA EL PACIENTE:** Usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su afección y sobre el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado, para que pueda tomar la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros involucrados. En este momento de su atención, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento simplemente está destinado a obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para determinar el tratamiento o el procedimiento apropiado para cualquier afección identificada.

Este consentimiento nos da su permiso para realizar exámenes médicos, pruebas y tratamientos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted está indicando que (1) tiene la intención de que este consentimiento sea de naturaleza continua, incluso después de que se haya hecho un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) usted da su consentimiento al tratamiento en este consultorio o en cualquier otro consultorio satélite de propiedad común. El consentimiento permanecerá plenamente vigente hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene derecho en cualquier momento a suspender los servicios.

Usted tiene derecho a analizar el plan de tratamiento con su médico acerca del objetivo, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que le hayan indicado. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, le recomendamos que pregunte. Solicito voluntariamente que un médico o proveedor de nivel medio (enfermero, auxiliar médico o especialista en enfermería clínica) y otros proveedores de atención médica o personas designadas, según se considere necesario, realicen el examen médico razonable y necesario, las pruebas y el tratamiento para la afección que me ha llevado a buscar atención en esta clínica. Entiendo que si se recomiendan pruebas o procedimientos invasivos o intervencionistas adicionales, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de las pruebas o procedimientos.

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento pleno y voluntario a su contenido.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta del paciente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Vinculo con el paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del testigo

\_\_\_\_\_  
Título de trabajo del empleado

# StDavid's HEART & VASCULAR

## 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 Psiatrico 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 informaci6n a la extension indicada y autorizada por esta.

Yo entiendo que no es soy obligado a firmar esta autorizaci6n y que mi tratamiento o pago por servicios prestados no seran negados si yo no firmo 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