

CLINICA LAS AMERICAS

Información del Paciente

Nombre del Paciente _____ Seguro Social _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Email: _____

Dirección: _____ APT. # _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Sexo: () M () F Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ () Soltero () Casado () Sep () Div

Contacto de emergencia _____ Teléfono del contacto de emergencia _____

Información de la Asegurancia

Que tipo de Asegurancia Tiene () Medicaid () Medicare () Asegurancia Privada () WC ()

Nombre de la Compañía: _____ Nombre del Asegurado: _____

Póliza #: _____ Grupo #: _____ Seguro Social del Asegurado: _____

Lugar de Trabajo: _____ Ocupación: _____

Dirección Del Trabajo: _____ Teléfono _____

Información Adicional

Raza: Blanco () Hispano () Asiático () Negro o Afroamericano () Otro () Prefiere no contestar ()

Idioma de referencia (marque uno): Inglés () Español () Indio () Otro () Prefiere no contestar ()

Etnia (marque una): Hispano o Latino () No Hispano o Latino () Prefiere no contestar ()

¿Podemos dejar un mensaje sobre su atención médica y resultados de las pruebas? Sí _____ No _____

Persona Responsable

Nombre del Responsable (si el paciente es menor): _____

Relación con el paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Dirección (si es diferente del Paciente): _____

Autorización de Beneficios

Yo, (nombre) _____ tengo una cobertura de asegurancia con (nombre de la asegurancia) _____ y autorizo directamente al **Clinica Las Américas** todos los beneficios de la seguridad que no sean pagados por la aseguradora. Doy mi autorización al doctor y la clínica para mandar toda la información necesaria que asegure el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos los cobros a la aseguradora.

Yo voluntariamente autorizo, consiento, el cuidado y el tratamiento Médico y diagnóstico que el Doctor Rene I. López JR sus asistentes y asociados lo crean necesarios para mí o mi hijo (a).

Firma: _____ Fecha: _____

CLINICA LAS AMERICAS
8800 Long Point RD. Suite B
HOUSTON, TEXAS 77055
(713) 973-8292

Entiendo que la clínica, sus médicos y personal asociado se les exigen documentar completamente mi historia médica, condición actual y pasada, plan de tratamiento, incluyendo resultados de exámenes, procedimientos y terapias. Esta información debe ser conservada por la clínica en un lugar seguro para preservar su privacidad y confidencialidad. Entiendo que la información documentada debe de estar accesible a los involucrados en mi cuidado. Acceso a la información de mi expediente médico dentro de la organización esta restringido y solamente disponible de acuerdo a lo que se necesita saber.

Entiendo que la información del cuidado de mi salud, almacenado en papel, computadora, filmina u otro medio esta disponible al personal de Clínicas Las Américas ahora y en el futuro de acuerdo a lo que se necesite para trabajadores de salud involucrados en mi caso, enseñanza, investigación aprobada por Institucional Review Board y/o uso interno y revisión de calidad.

En la presente yo autorizo a Clínica Las Américas y su personal entregar mi información médica requerida por cualquier compañía/organización de seguros relacionado a reclamos de una visita o análisis de beneficios. También autorizo la entrega de información a otros hospitales, médicos, y médicos referidos, o agencias con el fin de facilitar mi tratamiento actual, para hacer arreglos para mi tratamiento, y cuidado futuro en Clínicas Las Américas, o en caso de emergencia. Todo otro acceso es prohibido sin mi autorización específica por escrito.

Debido a leyes o estatutos federales, ciertos tipos de información confidencial no están cubiertas por esta autorización y si existen, no serán divulgados o discutidos con alguien fuera de Clínica Las Américas sin mi aprobación específica; esto incluye detalles confidenciales de psicoterapia, consejos de trabajador social, tratamiento de rehabilitación de abuso de sustancia, resultados de HIV y tratamiento de enfermedades transmitidas sexualmente.

Mi firma abajo constituye que he leído y entendido la información proporcionada en esta forma, que cualquier pregunta que hice me fue contestada satisfactoriamente y estoy de acuerdo con que se entregue mi información médica como se describe en este documento.

Firma del Paciente : _____

Fecha : _____

Cuando el paciente es menor de edad o incompetente a dar el consentimiento, firma del padre o tutor legal o agente del cuidado de su salud es necesario:

Firma : _____

Fecha : _____

Relación con el Paciente: _____