



Registro de Pacientes: Información Demográfica

Número de cuenta: _____

D e m o g r a f í a	Primer nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono residencial: _____ Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguridad Social: _____ Correo electrónico: _____ Medio de contacto preferido: ☐ Teléfono ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Estado civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) Etnia: ☐ Hispano(a) ☐ No Hispano ☐ Otro Idioma preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ _____ Raza: ☐ Caucásico(a) ☐ Afro Americano(a) ☐ Asiático(a) ☐ Hawaiano(a) ☐ Isleño(a) del Pacífico ☐ Otro
I n f o r m a c i ó n A d	Médico de atención primaria: _____ Médico referente: _____ ¿Cómo se enteró de nosotros?: ☐ Amigos y familia ☐ Internet ☐ Facebook ☐ Youtube ☐ Inteligencia Artificial (IA) ☐ Seguro de salud ☐ Referimiento de médico ☐ Sala de Emergencias/Atención de Emergencias ☐ Referimiento a Fisioterapia Nombre de la farmacia: _____ Tipo de farmacia: ☐ Minorista ☐ Pedido por correo Número de teléfono de la farmacia: _____ Fax de la farmacia: _____



i c i o n a l	Dirección de la farmacia: _____
	Empleo: ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ Jubilado ☐ Desempleado ☐ Incapacitado ☐ Estudiante
	Por favor provea un CONTACTO DE EMERGENCIA:
	Nombre: _____ Relación con el paciente: _____
	Teléfono residencial: _____ Celular: _____

Registro de Pacientes: Información del Seguro

¿Su visita de hoy está relacionada con una lesión laboral? ☐ Sí | ☐ No

EN CASO AFIRMATIVO, NOTIFIQUE A RECEPCIÓN. SE REQUIEREN FORMULARIOS ADICIONALES.

S e g u r o M é d i c o	Compañía de seguros primaria: _____ Número de identificación: _____
	Número de grupo: _____
	Compañía de seguros secundaria: _____ Número de identificación: _____
	Número de grupo: _____
	Información del suscriptor: ☐ Paciente(Yo mismo(a)) ☐ Otro (Si es otro caso, complete los campos a continuación)
	Primer nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
	Dirección: _____
Teléfono residencial: _____ Celular: _____ Relación con el paciente: _____	

S
e
g
u
r
o
d
e
C
o
m
p
e
n
s
a
c
i
ó
n
L
a
b
o
r
a
l

Compañía de seguros: _____ Número de póliza: _____

Fecha de la lesión: ____/____/____ Número de reclamo: _____

Dirección completa de reclamo: _____

Información del ajustador/Gestor de caso:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Información del abogado (Si aplica):

Nombre: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Gracias por elegir el Orthopedic Institute of North Texas como su proveedor de atención médica. La industria de la salud está evolucionando rápidamente y, debido a los constantes cambios en las pólizas de seguros y al aumento de los costos asociados con el mantenimiento de servicios de salud de calidad, hemos implementado la siguiente política financiera, la cual le pedimos que lea, acepte y reconozca.

CON RESPECTO A LOS SEGUROS MÉDICOS COMERCIALES:

- **Debemos tener una copia de su tarjeta de seguro actual.** Por lo tanto, es responsabilidad del paciente asegurarse de entregar su tarjeta de seguro a la recepcionista para que se le haga una copia si su cobertura ha cambiado desde su última visita.
- **Si usted tiene un plan Organización para el Mantenimiento de la Salud (“HMO” por sus siglas en inglés) con el cual tenemos contrato,** es necesario contar con una referencia adecuada de su médico de atención primaria para poder ser atendido tanto en pruebas diagnósticas como en consultas regulares. Esta referencia debe incluir el diagnóstico, el número de visitas autorizadas, el nombre del médico que lo atenderá y la fecha de vencimiento. Es responsabilidad del paciente llevar el control del número de visitas restantes en su referencia. Puede llamar a nuestra oficina en cualquier momento para verificar esta información antes de su cita. **Si usted es atendido sin una referencia válida, será responsable de los costos asociados con la visita.**
- **Si su seguro requiere un copago,** usted será responsable de realizar el pago de dicho copago el día de su cita. Todos los copagos se recaudan al momento de su llegada.
- **Si no ha cumplido con su deducible o si tiene un coaseguro que permanece pendiente después de que la compañía de seguros haya pagado su parte,** usted será responsable del saldo restante, y se espera el pago correspondiente.
- **Si su seguro requiere un copago adicional por pruebas diagnósticas,** usted será responsable del pago de ambos copagos.
- **Si su seguro ha caducado o no está vigente al momento del servicio,** usted será responsable del pago total de los servicios prestados.

CON RESPECTO A LOS PACIENTES DE MEDICARE:

- **Los pacientes son responsables de cubrir su deducible anual.**
- **Una vez que el deducible haya sido cubierto,** los pacientes sin un seguro secundario deberán pagar el 20% correspondiente al momento de su visita.
- **Si usted cuenta con un seguro secundario o complementario,** es responsabilidad del paciente proporcionar a nuestro personal una copia de dicha tarjeta.
- **Nosotros presentaremos los reclamos al seguro secundario o complementario.** Sin embargo, en caso de que el seguro secundario no realice el pago, el paciente será responsable del saldo pendiente.



SEGUROS NO PARTICIPANTES Y PACIENTES QUE PAGAN POR CUENTA PROPIA:

- **Si nos presenta una tarjeta de seguro médico con la cual no tenemos convenio**, se requerirá que pague el 100% del monto facturado al momento en que se presten los servicios.
- **Una vez realizado el pago**, presentaremos la reclamación a su compañía de seguros en su nombre. Cualquier reembolso por beneficios fuera de la red le será enviado directamente a usted. Si su compañía de seguros envía el pago a nuestra oficina, le enviaremos un cheque de reembolso por el monto pagado por la aseguradora.

PAGOS PARCIALES Y PLANES DE PAGO:

- **Los pagos parciales sólo serán aceptados si se han acordado previamente.**
- **Si desea continuar con el plan de tratamiento indicado** y desea establecer un plan de pago, esto puede organizarse con nuestra oficina. Los planes de pago solo pueden establecerse con una tarjeta de crédito o débito registrada en el expediente.
- **Una vez acordado el plan**, los pagos deben realizarse de manera puntual. Si no se cumple con los pagos, el saldo se considerará moroso, y usted podría estar sujeto a cargos financieros o su cuenta podría ser enviada a una agencia de cobros.

CUENTAS MOROSAS:

- **Las cuentas morosas estarán sujetas a cargos mensuales de facturación hasta que el saldo sea pagado en su totalidad.**

NUESTRA POLÍTICA DE CANCELACIÓN:

- **Requerimos un aviso con 24 horas de anticipación para todas las citas canceladas**; de lo contrario, se aplicará un cargo a su cuenta. Tenga en cuenta que este cargo es su responsabilidad y no está cubierto por su seguro.
- **Se aplicará un cargo de US\$50.00 por no presentarse a citas de seguimiento. Se aplicará un cargo de US\$100.00 por no presentarse a citas de nuevos pacientes.**

AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE SEGURO (PARA TODOS LOS PACIENTES):

Solicito que el pago de Medicare y/o de los productos de atención administrada participantes se realice a nombre del Orthopedic Institute of North Texas, PLLC, en mi representación, por los servicios que me sean prestados por la práctica. Autorizo la divulgación de cualquier información personal necesaria a Medicare y/o a otros productos de atención administrada participantes y sus agentes, que pueda ser requerida para determinar estos beneficios.

Nombre del Paciente



Firma del Paciente, Padre, Madre o Tutor

Fecha