



REGISTRATION FORM / FORMA DE REGISTRO

GENERAL INFORMATION / INFORMACION GENERAL

Date: ___/___/___

Month/Day/Year – Mes/Día/Año

Patient's Name: _____
Nombre del paciente Last name/Apellido First and middle name/ Nombres

_____ / ___/___ Age: _____
Marital status/ Estado civil D.O.B./Fecha de Nacimiento Edad

Address: _____
Dirección (Street, apt. no. / Calle, no. de apartamento)

(____)-____-____ (____)-____-____
Home phone no./Telefono de casa Work phone no. / Teléfono de oficina

City: _____ State: _____ Zip code: _____
Ciudad Estado Código postal

Emergency contact: _____
Contacto de emergencia Last name/Apellido First name/Nombre

SSN: _____ - _____ - _____ Sex: M F
Sexo

_____ (____)-____-____
Relationship to patient/
Relación con el paciente Phone no./
No. de teléfono

Preferred pharmacy: _____
Farmacia preferida *Please mention two/Porfavor mencione dos*

Employment: _____
Empresa donde trabaja

e-mail: _____
Correo electrónico

Patient or Legal Guardian: I hereby authorize Mi Doctor and/or agents to use my general information (address, phone(text messages), email) to contact me to facilitate anything related to my medical care. / **Paciente o Tutor del paciente:** Autorizo el uso de mi información general (dirección, teléfono(mensajes de texto), correo electrónico) para ser contactado por Mi Doctor y/o agentes, para facilitar el seguimiento de mi cuidado médico.

PERSON RESPONSIBLE FOR PAYMENT / PERSONA RESPONSIBLE DEL PAGO

If other than the patient is responsible for payment of this account, please complete the following:
Si una persona ajena al paciente es responsable por el pago de esta cuenta, por favor complete lo siguiente:

_____ Last name/Apellido First and middle name/ Nombres

SSN: _____ - _____ - _____ Sex: M F
Sexo

Address: _____
(Street, apt. no. / Calle, no. de apartamento)

Relationship to patient / relación con el paciente:
 Spouse Employer Other: _____
Esposo(a) Empleador Otro

City: _____ State: _____ Zip code: _____
Ciudad Estado Código postal

Month/Day/Year – Mes/Día/Año
____/____/____ (____)-____-____
D.O.B./Fecha de Nacimiento Phone no. / no. de teléfono

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION AND ASSIGNMENT OF BENEFITS / AUTORIZACIÓN DE EMITIR INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

I request that payment of authorized insurance benefits from any applicable insurance carrier be made on my behalf to Clinicas Mi Doctor for any services furnished me by that provider. I authorize medical information needed to determine these benefits or the benefits payable for the related services be released to the insurance company and its agents. I understand that even though I have some type of insurance coverage, I am responsible for the payment of services.

Solicito que el pago de los beneficios de la aseguradora autorizada se realice a beneficio de Clinicas Mi Doctor por cualquier servicio que se me otorgue. Autorizo que la información médica que sea requerida para determinar estos beneficios o los beneficios pagables por los servicios relacionados sea dada a conocer a la compañía de seguros. Comprendo que a pesar de que mi seguro cubra ciertos gastos, yo soy responsable del pago de los servicios.

Name / Nombre: _____

Signature / Firma: _____



CONDITIONS OF TREATMENT /CONDICIONES DE TRATAMIENTO

How we may use and/or disclose your health information?.- Your protected health information will be used and/or disclosed by CLINICAS MI DOCTOR to other for the purposes of treatment, obtaining payment, or supporting the day-to-day health care operation of the practice.

Changes to privacy practices.- CLINICAS MI DOCTOR reserves the right to change or modify the privacy practices outlined in the Notice of Privacy Brochure. CLINICAS MI DOCTOR will notify you of any changes of privacy practices either by mail, at your next appointment, or any other method that you request.

Security.- I acknowledge the use of security cameras at CLINICAS MI DOCTOR which are located at the receptionist area and the hallways for security reasons.

Signature.- I have reviewed this consent form, received the brochure entitled "Notice of Privacy Policies and Practices" and give my permission to CLINICAS MI DOCTOR to use and disclose my health information in accordance with this form.

General consent from treatment.- I, knowing that I have a medical condition or physical check-up requiring diagnostic, medical or surgical treatment; do hereby voluntarily consent to such procedures, care, medical, surgical and other services under the general and specific instructions of the provider, his/her assistant or designee as is necessary in his/her judgment. I also acknowledge that the practice of medicine is not an exact science and that no guarantees have been made me as to the result of treatment or by examinations by the provider.

.....
¿Cómo podemos utilizar y/o revelar su información médica?.- Su información médica protegida será utilizada y/o revelada por CLINICAS MI DOCTOR por/a otros, para propósitos de tratamiento, para obtener un pago o como apoyo hacia las prácticas de operación del cuidado médico día con día.

Cambios en las normas de privacidad.- CLINICAS MI DOCTOR se reserva el derecho de cambiar o modificar las normas de privacidad establecidas en el folleto de normas de privacidad. CLINICAS MI DOCTOR le notificará cualquier cambio en las normas de privacidad ya sea por correo, en su próxima cita o algún otro medio que usted solicite.

Seguridad.- Estoy enterado del uso de cámaras de seguridad en CLINICAS MI DOCTOR, las cuales están localizadas en el área de recepción y pasillos para cuestiones de seguridad.

Firma.- He revisado esta forma de consentimiento, recibido el folleto "Aviso sobre las Políticas y Normas de Privacidad" Y doy mi permiso a CLINICAS MI DOCTOR de utilizar y revelar mi información médica de acorde a esta forma.

Consentimiento general para tratamiento.- Yo sabiendo que tengo una condición médica o examen físico que requiere tratamiento, diagnóstico médico o quirúrgico; por la presente consiento voluntariamente a tales procedimientos, el cuidado médico, quirúrgico y otras instrucciones específicas del médico, su ayudante o su asistente como es necesario en su juicio. También reconozco que el ejercicio de la medicina no es una ciencia exacta y que no hay garantía en cuanto al resultado del tratamiento ni por el examen médico.

Name of patient / Nombre del paciente

Name of patient's representative
Nombre del representante del paciente

Relationship
Relación

Signature / Firma

Signature / Firma

Date: ____ / ____