

HMC

HILLCROFT MEDICAL CLINIC ASSOCIATION
HOUSTON | SUGARLAND

USAR LETRA DE MOLDE		ALTA DEL PACIENTE (SI ES DISTINTO AL RESPONSABLE)		USAR LETRA DE MOLDE
NOBRE DE <input type="checkbox"/> SR. <input type="checkbox"/> PRIMER PACIENTE <input type="checkbox"/> SRA. <input type="checkbox"/> SRITA		INICIAL	APELLIDO	FECHA NACIMIENTO (MM/DD/YY)
DIRECCION CALLE, APDO POSTAL, APT		# DE CELULAR		ESTADO CIVIL
CORREO		# DE CASA		SEXO ASIGNADO AL NACIMIENTO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
CIUDAD		ESTADO	C.P.	
EMPLEADOR	CORREO ELECTRÓNICO			# SS
RAZA	ETNIA	IDIOMA PREFERIDO		

USAR LETRA DE MOLDE		PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO (AVAL)		USAR LETRA DE MOLDE
SU <input type="checkbox"/> SR. <input type="checkbox"/> PRIMER NOBRE <input type="checkbox"/> SRA. <input type="checkbox"/> SRITA		INICIAL	APELLIDO	FECHA NACIMIENTO (MM/DD/YY)
DIRECCION CALLE, APDO POSTAL, APT		# DE CELULAR		ESTADO CIVIL
CORREO		# DE CASA		SEXO ASIGNADO AL NACIMIENTO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
CIUDAD		ESTADO	C.P.	
EMPLEADOR	# DE TRABAJO			# SS
CORREO ELECTRÓNICO		# DE LICENCIA DE CONDUCIR ESTADO		

EN CASO DE EMERGENCIA, FAVOR DE COMUNICARSE CON EL PARIENTE MAS CERCANO O:					
NOBRE <input type="checkbox"/> SR. <input type="checkbox"/> PRIMER <input type="checkbox"/> SRA. <input type="checkbox"/> SRITA		INICIAL	APELLIDO	PARENTEZCO	# TELEFONO DIA
DIRECCION CALLE, APDO POSTAL, APT		CIUDAD	ESTADO	C.P.	
CORREO					

QUIEN LO REFIERE	
<input type="checkbox"/> DOCTOR(A)	<input type="checkbox"/> FAMILIA O AMIGO(/A)

DIVULGACION DEL EXPEDIENTE & DECLARACION DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA	
<p>POR MEDIO DE LA PRESENTE AUTORIZO QUE CUALQUIER INFORMACION MEDICA OBTENIDA Y DOCUMENTADA POR HILLCROFT MEDICAL CLINIC DURANTE MI TRATAMIENTO SE DIVULGUE A MI ASEGURADORA.</p> <p>FIRMA DE PACIENTE <u> X </u> FECHA _____</p> <p>POR MEDIO DE LA PRESENTE AUTORIZO QUE SE PAGUEN MIS BENEFICIOS DEL SEGURO DIRECTAMENTE A HILLCROFT MEDICAL CLINIC. ESTOY CONCIENTE QUE SOY RESPONSABLE DEL PAGO DEL CO-PAGO, DEDUCIBLE, CO-ASEGURO Y SERVICIOS NO CUBIERTOS CONFORME LOS DETERMINE MI ASEGURADORA. ADEMÁS, POR MEDIO DE LA PRESENTE VERIFICO QUE NO TENGO OTRA COBERTURA DE SEGURO, PRIMARIO O SECUNDARIO, MAS QUE LAS ASEGURADORAS QUE SE MUESTRAN ABAJO.</p> <p>FIRMA DE PACIENTE <u> X </u> FECHA _____</p>	

SEGURO: PRINCIPAL		NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA DE SEGURO	# SS DEL ASEGURADO
TIPO DE SEGURO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> MediCaid		<input type="checkbox"/> Comp. Trabajador <input type="checkbox"/> Otro	# DE ID DE MIEMBRO # DE GRUPO
DIRECCION CORREO PARA RECLAMACIONES (DORSO DE LA TARJETA)		APDO POSTAL ESTADO C.P.	# TELEFONO PARA VERIFICAR
SEGURO: SECUNDARIO		NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA DE SEGURO	# SS DEL ASEGURADO
TIPO DE SEGURO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> MediCaid		<input type="checkbox"/> Comp. Trabajador <input type="checkbox"/> Otro	# DE ID DE MIEMBRO # DE GRUPO
DIRECCION CORREO PARA RECLAMACIONES (DORSO DE LA TARJETA)		APDO POSTAL ESTADO C.P.	# TELEFONO PARA VERIFICAR



HOUSTON | SUGARLAND

Hillcroft Medical Clinic Association

Patient Consent and Acknowledgment of Receipt of Privacy Notice

I understand that as part of the provision of healthcare services, Hillcroft Medical Clinic Association creates and maintains health records and other information describing among other things, my health history, symptoms, examination and test results, diagnoses, treatment and any plans for future care or treatment.

I have been provided with a notice of Privacy Practices that provides a more complete description of the uses and disclosures of certain health information. I understand that I have the right to review the notice prior to signing this consent. I understand that the organization reserves the right to change their Notice and practices and prior to implementation will mail a copy of any-revised notice to the address I have provided. I understand that I have the right to object to the use of my health information for directory purposes. I understand that I have the right to request restrictions as to how my health information may be used or disclosed to carry out treatment, payment, or healthcare operations (quality assessment and improvement activities, underwriting, premium rating, conducting or arranging for medical review, legal services, and auditing functions, etc.) and that the organization is not required to agree to the restrictions requested.

By signing this form, I consent to the use and disclosure of protected health information about me for the purposes or treatment, payment and health care operations. I have the right to revoke this consent, in writing, except where disclosures have already made in reliance on my prior consent.

This consent is given freely with the understanding that:

1. Any and all records, whether written or oral or in electronic format, are confidential and cannot be disclosed for reasons outside of treatment, payment or health care operations without my prior written authorization, except as otherwise provided by law.
2. A photocopy or fax of this consent is as valid as this original
3. I have the right to request that the use of my Protected Health Information, which is used or disclosed for the purposes, of treatment, payment or health care operations be restricted. I also understand that the Practice and I must agree to any restriction in writing that I request on the use and disclosure of my Protected Health Information; and agree to terminate any restrictions in writing on the use and disclosure of my Protected Health Information which have been previously agreed upon.

PATIENT'S NAME PRINTED

TODAY'S DATE

PATIENT'S SIGNATURE (OR GUARDIAN, IF MINOR)

SOCIAL SECURITY # (FOR IDENTIFICATION PURPOSES ONLY)

WITNESS (Optional)

TODAY'S DATE

AUTORIZACION DE RECLAMACIONES Y DIVULGACION DE INFORMACION DEL BENEFICIARIO VITALICIO DE MEDICARE

Nombre del Paciente

Numero de Identificacion de Medicare

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realicen ya sea a mi o en mi nombre a (nombre del médico/proveedor) por cualquier servicio que me proporcione ese médico/proveedor. Autorizo que cualquiera que tenga información médica mía, divulgue a la Administración de Financiamiento de Atención de Salud y sus agentes cualquier información necesaria para determinar esos beneficios o los beneficios pagaderos de servicios relacionados.

Comprendo que mi firma solicita que se realice el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar la reclamación. Si se indica otro tipo de seguro medico en el Punto 9 de la forma de reclamación HCFA-1500 o en alguna otra parte en otras formas de reclamación autorizadas o en las reclamaciones presentadas vía electrónica, mi firma autoriza que se divulgue la información al seguro o agencia que se muestra. En los casos asignados a Medicare, el medico o proveedor acepta la determinacion del cargo del seguro de Medicare como el cargo completo y el paciente es responsable solamente de cubrir el deducible, co-aseguro y servicios no cubiertos. El co-aseguro y el deducible se basan en la determinación de cargos del seguro de Medicare.

Firma del Paciente

Fecha