



Wellness Plus Registro de Nuevos Pacientes

Información del paciente		
Apellido:	Nombre de pila:	Segundo Nombre:
fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenina <input type="checkbox"/> No binario	
Dirección postal:	Estado:	Código Postal:
Ciudad:		
Dirección de Envío: <input type="checkbox"/> Lo mismo que la dirección de casa		
Dirección postal:	Estado:	Código Postal:
Ciudad:		
Teléfono (casa): ()	Teléfono (móvil): ()	Teléfono (trabajo): ()
Dirección de correo electrónico:		
Empleador:		
Nombre del contacto de emergencia:		
Teléfono: ()	Relación:	
Alergias a medicamentos:		
Medicamentos que toma actualmente:		
¿Cómo se enteró de Pacifica Medicine & Wellness?		
Información sobre el seguro médico		
Compañía de seguros médicos:		
N.º de identificación del asegurado:	ID de grupo n.º:	
Nombre del suscriptor:	Fecha de nacimiento del suscriptor:	

Información de facturación***Por favor, complete esto únicamente para el jefe de familia.***

Cuota de inscripción única: _____ adultos (> 18 yo) x \$100 = _____ Esta tarifa puede cargarse a su tarjeta de crédito o débito (véase la página siguiente), o bien puede enviar un cheque a nombre de Pacifica Medicine & Wellness junto con su documentación de registro.

_____ las personas age 0-26 x \$20 = \$ _____

_____ las personas age 26-49 x \$45 = \$ _____

_____ las personas age 50-64 x \$65 = \$ _____

_____ las personas age 65 & encima \$75 \$ _____

Costo total de la suscripción mensual: \$ _____

NOTA: La cuota de suscripción mensual se cobrará el día 1 del mes siguiente, a menos que se indique otra fecha aquí: ____ / ____ / ____.

Opción de facturación 1 : Transferencia automática de fondos

**** Por favor, adjunte un cheque anulado a este formulario.****

Tenga en cuenta que pueden transcurrir hasta 3 días desde la fecha de procesamiento del pago hasta que el cargo se refleje en su cuenta bancaria..

Nombre en la cuenta: _____ Nombre del banco: _____

Account Number: _____ Número de ruta bancaria: _____

Tipo de cuenta: [] De cheques [] Ahorros

Opción de facturación 2: Tarjeta de crédito o tarjeta de débito

Nombre en la tarjeta:

Tipo de tarjeta: [] Visa [] MasterCard Número de tarjeta:

Vencimiento: ____ / ____ / ____ Código de seguridad de 3 dígitos:

Dirección de facturación de la tarjeta: [] Igual que en casa [] Otro:

[] Por favor, añádeme a la cuenta de facturación de un paciente existente de Pacifica Medicine asociado a la tarjeta de crédito mencionada anteriormente.

Autorización

Su cuota de suscripción mensual cubre los servicios de Wellness Plus descritos específicamente en la Guía de Servicios al Paciente de Pacifica Medicine & Wellness. Cualquier cargo adicional, como los copagos del seguro, se abonará el día de la prestación del servicio. Al firmar a continuación, por la presente autorizo a Pacifica Medicine & Wellness a contactarme utilizando la información que he proporcionado anteriormente..

Al firmar a continuación, por la presente autorizo a Pacifica Medicine & Wellness a realizar cargos a mi tarjeta de crédito, tarjeta de débito o cuenta bancaria en concepto de mi cuota periódica de membresía. Entiendo que el monto de la transacción corresponde al total de mi cuota de atención médica, más las cuotas de atención de cualquier otra persona incluida en mi cuenta.

Entiendo que mi membresía en Pacifica Medicine & Wellness es continua y que, al firmar a continuación, autorizo la realización de cargos recurrentes a mi tarjeta de crédito/débito o transferencias de fondos desde mi cuenta bancaria.

Entiendo que se me cobrará una tarifa de \$25 en caso de que mi tarjeta de crédito o débito sea rechazada, o si una transacción de transferencia automática de fondos no es procesada con éxito.

Firma del titular de la cuenta: _____ **FECHA:** ____ / ____ / ____

Acuerdo del paciente y declaración informativa

Términos

Reconozco y comprendo que me estoy convirtiendo voluntariamente en paciente de Pacifica Medicine & Wellness y que este acuerdo es intransferible.

He revisado la Guía de Servicios al Paciente de Pacifica Medicine & Wellness y he tenido la oportunidad de formular preguntas y recibir respuestas con respecto a su contenido.

Reconozco y comprendo que este acuerdo no proporciona una cobertura integral de seguro médico ni constituye un contrato de seguro, y que únicamente ofrece los servicios de atención médica descritos específicamente en la Guía de Servicios al Paciente de Pacifica Medicine & Wellness.

Reconozco y comprendo que soy responsable de la cuota de suscripción mensual y de cualquier cargo incurrido por servicios de atención médica prestados fuera de Pacifica Medicine & Wellness, incluyendo, entre otros, servicios de sala de urgencias, hospitalarios y de especialidades, servicios de diagnóstico por imágenes o pruebas de laboratorio enviadas a laboratorios externos. El pago de las vacunas o inyecciones para adultos administradas en Pacifica Medicine & Wellness, así como de las tarifas de laboratorios externos que no estén cubiertas por mi seguro, será responsabilidad mía y deberá efectuarse en el momento de recibir el servicio.

Reconozco y comprendo que Pacifica Medicine & Wellness debe mantener un registro de mi información de salud y debe proteger la privacidad de dicha información, de conformidad con los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad. Comprendo y reconozco que esta política se encuentra disponible en pacificamedicine.com o previa solicitud.

Reconozco y acepto pagar mi cuota mensual de atención médica en la fecha de vencimiento o antes de la misma. En caso de que no pueda pagar mi(s) cuota(s) a tiempo, comprendo que se me cobrará un cargo por pago tardío de \$25 y que mi acuerdo de servicios podría ser rescindido. Reconozco y comprendo que mi cuota de suscripción mensual podría aumentar con base en el esquema de tarifas por edad de Pacifica Medicine. Este aumento entraría en vigor el mes siguiente a cualquier cumpleaños que califique para dicho ajuste.

Reconozco y comprendo que puedo dar por terminado este Acuerdo del Paciente en cualquier momento, por cualquier motivo o sin motivo alguno, mediante la presentación de una notificación por escrito a Pacifica Medicine & Wellness. Las cuotas mensuales continuarán devengándose hasta que se reciba la notificación de terminación por escrito. Cualquier cuota mensual de atención pagada por adelantado se prorrateará hasta la fecha en que Pacifica Medicine & Wellness haya recibido mi notificación de terminación por escrito y se me reembolsará en un plazo de treinta (30) días hábiles.

Además, reconozco y comprendo que Pacifica Medicine & Wellness podrá rescindir este Acuerdo del Paciente por causa justificada debido a la falta de pago de las tarifas, o por conducta indisciplinada, amenazante o inapropiada, mediante la entrega de una notificación por escrito; asimismo, cualquier tarifa mensual de atención pagada por adelantado se prorrateará hasta la fecha de rescisión y se me reembolsará en un plazo de treinta (30) días hábiles. Pacifica Medicine & Wellness no rescindiré este Acuerdo del Paciente basándose únicamente en el estado de salud. Reconozco y comprendo que Pacifica Medicine & Wellness podrá incorporar o suspender servicios, o bien aumentar mi tabla de tarifas, en cualquier momento (aunque no más de una vez al año), y que se me notificará por escrito, con una antelación mínima de sesenta (60) días, sobre dichos cambios en la tabla de tarifas.

Derechos y responsabilidades

Entiendo que tengo derecho a recibir información precisa y de fácil comprensión sobre los servicios de atención médica, los profesionales de la salud y las instalaciones de atención médica de Pacifica Medicine & Wellness. Si hablo un idioma distinto al de mi médico, tengo una discapacidad física o mental, o no comprendo algo, entiendo que Pacifica Medicine & Wellness hará todo lo posible por brindarme asistencia para que pueda tomar decisiones informadas sobre mi atención médica. Si requiere servicios de interpretación que excedan lo que Pacifica Medicine & Wellness puede proporcionar, se podrán facilitar intérpretes profesionales con un costo adicional para mí. En caso de terminación de la membresía, entiendo que debo completar un Formulario de Cancelación de Servicio por escrito. Cualquier diferencia en el pago entre mi fecha de facturación y la fecha de cancelación me será reembolsada a través del método de pago que haya elegido para mi cuota mensual de atención. Entiendo que, si mi cuenta presenta un saldo vencido, soy responsable de liquidar dicho saldo pendiente antes de la cancelación de mi servicio.

Entiendo que tengo derecho a recibir una atención considerada, respetuosa y no discriminatoria por parte de mi(s) profesional(es) de la salud de Pacifica Medicine & Wellness. También entiendo que soy responsable de comunicarme de manera clara y respetuosa con mi profesional. En caso de que no quede satisfecho con mi atención o con los servicios de Pacifica Medicine & Wellness, acepto notificar a Pacifica Medicine & Wellness de inmediato para que mis inquietudes puedan ser atendidas de manera oportuna. Entiendo que tengo derecho a conocer todas mis opciones de tratamiento y a participar en las decisiones relativas a mi atención médica. Mis padres, tutores, familiares u otras personas que yo designe podrán representarme en caso de que yo no pueda tomar mis propias decisiones.

Entiendo que tengo derecho a hablar de manera confidencial con mi(s) proveedor(es) de Pacifica Medicine & Wellness y a que mi información de atención médica sea protegida. Entiendo que Pacifica Medicine & Wellness no divulgará mi información sin mi autorización o sin una obligación legal de hacerlo. También entiendo que tengo derecho a revisar y recibir una copia de mi expediente médico personal, y que puedo solicitar a mi(s) proveedor(es) de atención médica que modifiquen mi expediente si considero que es inexacto o incompleto, poniéndome en contacto con Pacifica Medicine & Wellness.

Entiendo que tengo derecho a una revisión justa, rápida y objetiva de cualquier queja que tenga contra mi(s) clínico(s) de atención médica o cualquier otro miembro del personal, incluidas las quejas sobre tiempos de espera, horarios de atención, conducta del personal, prácticas comerciales y la idoneidad de los servicios e instalaciones de atención médica. Acepto poner cualquier queja en primer lugar en conocimiento del personal de Pacifica Medicine & Wellness y participar en el proceso de quejas y reclamaciones de Pacifica Medicine & Wellness.

Con el fin de recibir la mejor atención posible, aceptó participar activamente en las decisiones relativas a mi salud y proporcionar toda la información pertinente a mi(s) profesional(es) de la salud de Pacifica Medicine & Wellness, para que puedan ayudarme a alcanzar mis objetivos de salud. Asimismo, aceptó informar a mi(s) profesional(es) de la salud de Pacifica Medicine & Wellness sobre cualquier servicio de atención médica que reciba fuera de Pacifica Medicine & Wellness (tales como servicios de urgencias, de especialistas o servicios hospitalarios). Entiendo que soy responsable de no exponerme a mí mismo ni a terceros a enfermedades o peligros. Entiendo que puedo recibir información de mi(s) profesional(es) de la salud de Pacifica Medicine & Wellness sobre cómo proteger mi propia salud y seguridad, así como las de los demás.

Mediante mi firma a continuación, aceptó convertirse en paciente de Pacifica Medicine & Wellness y acepto los términos descritos en este Acuerdo del Paciente.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

Escriba su nombre: _____

Firmado por **Paciente** **Padre** **Guardián**

Reconocimiento de prácticas de privacidad (HIPAA)

Reconocimiento

Queremos informarle sobre los derechos que tiene como paciente bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA).

Según HIPAA, comprendo que mi información personal puede usarse para: Brindar y coordinar mi tratamiento entre varios proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en mi tratamiento de manera directa o indirecta. Obtener el pago de terceros pagadores por mis servicios de atención médica. Realizar operaciones normales de atención médica, como actividades de evaluación y mejora de la calidad.

Me han informado sobre el Aviso de prácticas de privacidad de Pacífica Medicine & Wellness y comprendo que puedo solicitar una copia de este Aviso para mi propio uso. Comprendo que Pacífica Medicine & Wellness tiene el derecho de cambiar el Aviso de prácticas de privacidad y que puedo comunicarme con esta oficina para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad.

Comprendo que puedo solicitar por escrito que restrinjan la forma en que se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Comprendo además que Pacífica Medicine & Wellness no está obligada a aceptar las restricciones que solicitó, pero si las acepta, comprendo que Pacífica respetará mi solicitud a menos que se trate de una emergencia.

Comprendo además que tengo derecho a no firmar este reconocimiento para recibir tratamiento en Pacífica.

Autorización para comunicar información médica protegida:

Marque todas las opciones que correspondan:

() Pacífica puede dejar un mensaje detallado en el buzón de voz de mi casa: _____

() Pacífica puede dejar un mensaje detallado en el buzón de voz de mi celular: _____

() Pacífica puede hablar con otra persona (cónyuge, familiar) sobre mi condición médica, incluida o excluida la información relacionada con la salud mental/conductual, el abuso de sustancias, las enfermedades de transmisión sexual, el estado de VIH y la medicina reproductiva:

Nombre/relación: _____ N.º de teléfono _____

Con mi firma a continuación, reconozco y comprendo que esta información se conservará en mi expediente médico y que las instrucciones anteriores se respetarán hasta que yo las revoque por escrito. Es mi responsabilidad notificar a Pacífica si cambio uno o más de los números de teléfono enumerados anteriormente.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **Fecha de hoy:** / /

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** / /

REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____ **Fecha de hoy:** / /

RELACION AL PACIENTE : _____

Solo para uso administrativo: No podemos obtener el reconocimiento por escrito del paciente de nuestro Aviso de prácticas de privacidad debido a las siguientes razones: El paciente se negó a firmar Situación de emergencia Barreras de comunicación

Other: _____

