



## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN 2021

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ M.I.: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Información de divulgación HIPAA: ¿Con quién usted permite que compartamos su información médica?

Nombre de la Persona	Relación con el Paciente	Núm. De Teléfono	Compartir Información No-Clinica	Compartir Información Clínica
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

\* Información No-Clinica se refiere a programación de citas solamente.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Con mi firma confirmo de que la información anterior es correcta según mi mejor entendimiento. También reconozco que es mi responsabilidad alertar a Starling de cualquier cambio que ocurra hacia mi HIPAA.

### Datos Demográficos del Paciente

Género: Femenino  Masculino  | Idioma Principal: \_\_\_\_\_ | Estado Civil (S/C/V/D): \_\_\_\_\_

Raza: Negro/Afroamericano  Asiático  Blanco  Indio Americano  Declinar  Otro  \_\_\_\_\_

Etnicidad: Hispano/Latino  No-Hispano/Latino  Declinar  | Directiva Anticipada/Living Will: Sí  No

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Apt/Unidad: \_\_\_\_\_ | Ciudad, Estado, ZIP: \_\_\_\_\_ | Menor (menos de 18): \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar mensajes en su buzón de voz? Sí  No

Empleador (Nombre, Dirección): \_\_\_\_\_ Tel. Empleador: ( ) \_\_\_\_\_

### Información de su Seguro

*Primario* | Nombre Compañía: \_\_\_\_\_

Póliza #: \_\_\_\_\_ | Grupo #: \_\_\_\_\_

*Suscriptor Primario* | Nombre: \_\_\_\_\_

D.O.B.: \_\_\_\_\_ | Relación: \_\_\_\_\_

*Secundario* | Nombre Compañía: \_\_\_\_\_

Póliza #: \_\_\_\_\_ | Grupo #: \_\_\_\_\_

*Suscriptor Secundario* | Nombre: \_\_\_\_\_

D.O.B.: \_\_\_\_\_ | Relación: \_\_\_\_\_

### Información Adicional

Médico Primario (Nombre): \_\_\_\_\_ Tel.: ( ) \_\_\_\_\_

Dirección (Médico): \_\_\_\_\_ Proveedor de Referencia (Name): \_\_\_\_\_

Dirección (Proveedor Ref.): \_\_\_\_\_ Seleccione si es auto-referido:

### Contacto de Emergencia: ¿A quién podemos llamar en caso de una emergencia?

Nombre de Contacto	Relación	Teléfono	Dejar mensaje	Tipo de mensaje
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Detallado <input type="checkbox"/> Corto <input type="checkbox"/>



## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA PACIENTES DE HIPAA 2021

### Confirmación de Cita

Tenga en cuenta: Starlings Physician, P.C. ofrece un servicio de confirmación automática para recordarle a los pacientes de sus citas. En caso de que usted no responda a la llamada, se le dejará un mensaje.

Proporcione todos los métodos de contacto en las líneas en blanco y coloque una marca de verificación junto a su método preferido para las confirmaciones automáticas de citas:

- Teléfono de casa: \_\_\_\_\_
- Correo electrónico (e-mail): \_\_\_\_\_
- \*Celular (Circule preferencia: Texto o Llamada): \_\_\_\_\_
- Ya recibo notificaciones de citas a través de Follow My Health.
- Prefiero no tener confirmaciones automáticas.

\* Al aprobar este método preferido de contacto, usted reconoce y aceptará cualquier cargo por uso que pueda aplicar de acuerdo a su proveedor de teléfono celular.

### Autorización y Comunicado

Por la presente autorizo los pagos directos a Starling Physicians, P.C. de mis beneficios médicos que, de otro modo, fuesen pagados por mí. Comprendo que soy responsable financieramente por cualquier cargo que no sean cubiertos por este medio. Autorizo a Starling Physicians, P.C. a emitir cualquier información requerida para apoyar mi petición.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Para pacientes de Medicare

Solicito que cualquier pago de mis beneficios de Medicare sean de parte mía hacia Starling Physicians, P.C. por cualquier servicio que me sea provisto por un médico. Autorizo al poseedor de mi información médica ha emitir dicha información al Health Care Financing Administration y sus agentes para determinar aquellos beneficios o beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Póliza de Citas Perdidas

Se le informa que Starling Physicians, P.C. tiene el derecho de cobrarle en caso de que no asista a su cita. En caso de que usted no llegue a su cita y no haya cancelado o reprogramado 24 horas antes de dicha fecha, un cargo se le puede aplicar a su cuenta.

### Póliza de Pagos y Responsabilidad del Paciente

Se le informa que mientras usted se mantenga bajo su contrato de seguro, usted es responsable de su co-pago, co-seguro o deducible. La póliza de Starling Physicians, P.C. colecciona todos los co-pagos adeudados al momento del servicio. Adicionalmente, se le pedirá que pague cualquier balance pendiente al momento del servicio.

Al firmar, usted reconoce de que ha sido informado y está de acuerdo con los términos de nuestras pólizas:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**\*Deseamos recibir su opinión sobre su visita a Starling. Por favor provea su dirección de e-mail si desea compartir sus experiencias en cuanto a nuestros servicios en una encuesta para pacientes:**

E-mail: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_