

Todos los espacios en Blanco depen ser Completados

Nombre _____ Inicial del Segundo nombre _____
Apellido _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Seguro Social# _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Estado Civil: Casada _____ Soltera _____ Vivda _____ Divorciada _____ Separada _____

Dirección de correo electrónico _____

Teléfono de casa _____ Telefono movil _____

Cuál es su Farmacia preferida? _____ Código Postal _____

Yo le doi a Hendersonville Obstetrics and Gynecology y su personal permiso para que me llamen dejen un mensaje opor correo electrónico mis resultados de laboratorio o recordatorios de mis citas. Elija coal manera quisiera ser contactada.

Correo Electrónico _____ Teléfono de casa _____ Telefono Móvil _____ Telefono de trabajo _____

Empleador _____ Numero de trabajo _____

Dirección del Empleador _____

Contacto de emergencia _____ numero de telefono _____

Relación _____

Información Primera de la Aseguranza

Nombre de la Compañía de Aseguranza _____

Nombre del titular de la póliza (sino el paciente) _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____ Seguro Social# _____

Relación con el paciente _____

Información Segunda de la Aseguranza

Nombre de la Compañía de Aseguranza _____

Nombre del titular de la póliza (sino el paciente) _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____ Seguro Social# _____

Relación con el paciente _____

Quien es el responsable Del pago de hoy y el saldo responsable?

Nombre _____ Relación con el paciente _____

Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___ Dirección si es diferente _____

Telefono _____

Empleo de los padres' o esposo

Nombre del padre o Del esposo _____ Empleador _____

Dirección del empleado _____ Numero de teléfono _____

Por favor recuerda

Nuestros cargos son debidos en el momento en que se realizan los servicios. El pago es su obligación sin importar el seguro o la participación de terceros a menos que sea un miembro participante de su PPO u HMO.

Asignación y liberación: Autorizo el pago de los beneficios del seguro que se pagará directamente a Hendersonville Obstetrics and Gynecology. También autorizo a Hendersonville Obstetrics and Gynecology a revelar cualquier información requerida para procesar la reclamación. Además, entiendo y estoy de acuerdo en que si las cuentas por las que soy responsable se vuelven delincuentes, pagaré por todos los costos asociados con el proceso de cobro. Estos pueden incluir, pero no estarán limitados a los honorarios de cobro, honorarios de abogados y honorarios judiciales.

Firma _____ Fecha _____

Hendersonville Obstetrics and Gynecology PLLC
Jill Steier, M. D. Brent Nason, M. D. Helen Cavasin, M. D.
Kara Earthman, WHNP-BC

353 New Shackle Island Road
Suite 221 B
Hendersonville, TN 37075
615-822-3880 – Office
615-264-1664 – Fax

Mujer Bien + Visita de Problemas

Nos complace atenderle hoy. Si usted está aquí para su examen bien-mujer, sepa por favor que seremos limitados en lo que podemos hacer hoy. Si tiene problemas que desea discutir, seremos respetuosos de su tiempo tratando de acomodar sus necesidades en una sola visita. Por favor, sepa que habrá un cargo adicional de evaluación y administración agregado a su cuenta hoy. Las discusiones y los work-ups que consumen tiempo se pueden programar en una diversa fecha si el tiempo no permite. También queremos ser respetuosos de los otros nombramientos programados para el día.

He leído y entiendo

Firma

Fecha

Hendersonville Obstetrics and Gynecology

Formulario de Consentimiento del Paciente

(Please Read and Sign)

Yo, el abajo firmante, por la presente consiento a la siguiente Tratamiento :

- Administración y ejecución de todos los tratamientos
- Administración de cualquier anestésico necesario
- Realización de los procedimientos que se consideren necesarios o convenientes en el tratamiento de este paciente
- Uso de medicamentos recetados
- Realización de procedimientos de diagnóstico / pruebas y culturas
- Realización de otros exámenes de laboratorio médicamente aceptados que pueden ser considerados médicamente necesarios o aconsejables basados en el juicio del médico o sus asignados designados

-Comprendo plenamente que esto se da antes de cualquier diagnóstico o tratamiento específico.

-Comprendo perfectamente que este consentimiento continúa en la naturaleza incluso después de que se haya hecho un diagnóstico específico y se haya recomendado el tratamiento. El consentimiento permanecerá en vigor hasta que sea revocado por escrito.

-Entiendo que Hendersonville Obstetrics and Gynecology puede incluir el consentimiento en las oficinas satélite bajo la propiedad común.

-Yo, el abajo firmante, autorizo a Hendersonville Obstetrics and Gynecology a usar y divulgar mi información para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica como se describe en la Notificación de Prácticas de Privacidad.

-Una fotocopia de este consentimiento se considerará válida como el original.

-PACIENTES DE MEDICARE: Autorizo a divulgar información médica sobre mí a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios para mis reclamaciones de Medicare. Asigno los beneficios pagaderos por servicios a Hendersonville Obstetrics and Gynecology.

-Reconozco que me han dado o tengo conocimiento de que tengo acceso para revisar el Aviso de Obstetricia y Ginecología de Hendersonville sobre Prácticas de Privacidad.

Entiendo que si tengo preguntas o quejas, debo contactar al Funcionario de Privacidad.

Inicial del paciente: _____

-Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento completo y voluntario a su contenido.

Firma del Paciente (o Parte Responsable)

Fecha

POR FAVOR, TOME AVISO DE: Revisamos las cuentas vencidas con frecuencia y en cada ciclo de declaración. Su comunicación y participación para asegurar que su saldo se pague oportunamente es importante para nosotros. Es imprescindible que mantenga comunicaciones y cumpla con sus acuerdos financieros y arreglos para mantener su cuenta activa y en buen estado.

Si su cuenta se convierte en sesenta (60) días de vencimiento, se pueden tomar medidas adicionales para cobrar esta deuda. Si tenemos que remitir su cuenta a una agencia de cobros, usted acepta pagar todos los costos de cobro que se incurren. Si tenemos que referir la recaudación del saldo a un abogado, usted acepta pagar todos los honorarios del abogado que incurra más todos los costos judiciales. En caso de demanda, usted acuerda que el lugar será el condado de Davidson, Tennessee. Además, nos reservamos el derecho de denegar el tratamiento futuro no urgente de todos y cada uno de los saldos pendientes de la deuda o de los saldos pendientes de pago.

Nombre del paciente

Firma

Fecha