

Brentwood Skin Clinic Registro de Pacientes

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono- Celular: _____ de Casa: _____

Correo Electronico: _____ Número de Seguridad Social: _____

Circula uno: Male Female Other Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Otro

Método de Contacto Preferido (circula uno): Correo electronico Llamada Texto Portal de Paciente

Cómo te enteraste de nosotros? Familia/Conosido Internet Otro: _____

Pharmacia (ciudad, numero de telefono): _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

Garante/Responsable

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección de Domicilio: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Teléfono: _____

Responsabilidad financiera: Yo (el paciente) acepto pagar por los servicios prestados Y acepto que el pago es en última instancia es MI responsabilidad y NO la de mi compañía de seguros. Me doy cuenta de que el pago de copagos, deducibles, etc. se esperará en el momento del servicio. Autorizo el pago de servicios médicos al Dr. Charles Austin Mitchell III, M.D. en Brentwood Skin Clinic, PLLC. Acepto pagar todos los saldos impagos, incluidos, entre otros, 1. El saldo principal de mi factura 2. Cargos y tasas de cobro 3. Cargo por cheque devuelto de \$50 4. Cargo de \$25 por no notificar/no presentarse

He recibido, revisado y acepto la Política Financiera **[Inicial]:** _____

Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA: Yo (el paciente) entiendo que yo 1. Tengo derecho a solicitar registros médicos cuando lo desee 2. Tener derecho a solicitar enmiendas a mis registros médicos cuando sea apropiado 3. Tener el derecho de limitar quién tiene acceso a mi información personal de salud 4. Tener el derecho de elegir cómo los proveedores de atención médica se comunican conmigo 5. Tienen derecho a quejarse sobre la divulgación no autorizada de información médica privada

He recibido, revisado y acepto el Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA **[Inicial]:** _____

(Si desea revisar los documentos completos, solicítelos en la recepción).

_____ **[Inicial]** El personal de Brentwood Skin Clinic puede dejar un mensaje detallado en el correo de voz

_____ **[Inicial]** El personal de Brentwood Skin Clinic puede hablar SOLO con el paciente

_____ **[Inicial]** El personal de Brentwood Skin Clinic puede hablar con la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre(s): _____ Relación con el paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha de hoy: _____