



### Información del paciente

Apellido:	Primer nombre:	Medio:
_____	_____	_____
Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	Género:
_____	_____	_____
Estado civil:	Persona de notificar en caso de emergencia/ relacion:	Teléfono de contacto de emergencia: (     )     -
_____	_____	_____
Dirección:	_____	
_____	_____	
Ciudad:	Estado:	CódigoPostal:
_____	_____	_____
Teléfono de casa: (     )     -	Celular: (     )     -	Teléfono del trabajo: (     )     -
_____	_____	_____
Dirección de correo electrónico:	Al marcar esta casilla, nos autoriza a enviarle estados de cuenta, recibos de pago u otra información de facturación relacionada con los servicios de hoy: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	
_____	_____	

Nombre del médico de atención primaria:	Número de teléfono del médico de atención primaria:
_____	_____
Empleador:	¿La visita está relacionada con una lesión relacionada con el trabajo?
_____	_____
Origen étnico (blanco, negro / afroamericano, indio americano, asiático, hispano / latino, nativo de Hawai, otro):	Idioma preferido y religion:
_____	_____

### Seguro primario

Compañía de seguros:	Numero de Identificación:	Numero de grupo:
_____	_____	_____
Nombre del suscriptor o parte responsable:	Fecha de nacimiento:	Relación con el paciente:
_____	_____	_____

### Seguro secundario

Compañía de seguros:	Numero de Identificación:	Numero de grupo:
_____	_____	_____
Nombre del suscriptor o parte responsable:	Fecha de nacimiento:	Relación con el paciente:
_____	_____	_____

**OPCIÓN DE AUTOPAGO:** Escriba sus iniciales si tiene seguro médico pero no desea que se le facture el seguro y, en su lugar, opte por pagar de su bolsillo como pago propio \_\_\_\_\_

**¿Como se entero de nosotros?** Referencia del doctor? \_\_\_\_\_ Búsqueda Web \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_



## POLÍTICA FINANCIERA

- Yo, la parte responsable, certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos independientemente de las demoras en el pago del seguro o la denegación de la cobertura del seguro.
- Es mi responsabilidad verificar con mi seguro si BASS Medical Group es un proveedor contratado. BASS y / o sus representantes harán todo lo posible para ayudarlo, pero BASS no será responsable de comprender todos los planes de seguro.
- Por la presente autorizo a BASS Medical Group a solicitar beneficios y recibir pagos directamente en mi nombre por los servicios cubiertos prestados. También pueden divulgar alguna o todas las partes de mi expediente clínico a cualquier compañía de seguros que cubra los servicios con el fin de satisfacer los cargos facturados.
- Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar las reclamaciones de pago.
- Además, acepto pagar todos los costos de cobranza, honorarios de abogados y cualquier otro costo de cobranza en que se pueda incurrir en el intento de cobrar los montos pendientes de responsabilidad del paciente.
- También entiendo que si se me envían los pagos del seguro directamente a mí, es mi responsabilidad enviar estos fondos directamente a BASS Medical Group. inmediatamente después de recibirlo.
- Entiendo que se me facturarán los montos adeudados por mí (copagos / montos de coseguro / deducibles) y que tengo la responsabilidad financiera de pagar estos montos.
- Entiendo que se me proporcionarán al menos 2 estados de cuenta por cualquier saldo adeudado después del pago del seguro. El pago total vence dentro de los 30 días posteriores a su primer estado de cuenta, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Además, entiendo que si no he realizado el pago antes de que se envíe el tercer estado de cuenta, el tercer estado de cuenta será un aviso final y puede resultar en que mi cuenta sea enviada a un servicio de cobranza externo si aún no cumplo con mis obligaciones financieras. También entiendo que seré responsable de cualquier cobranza, intereses o gastos legales asociados con esos esfuerzos de cobranza.
- Yo, el paciente o el representante del paciente, entiendo que todos los médicos de BASS Medical Group tienen licencia y están regulados por la Junta Médica de California. Puedo verificar esto comunicándome con la Junta Médica al (800) 633-2322 o por Internet en su sitio web: [www.mbc.ca.gov](http://www.mbc.ca.gov).
- Servicios de laboratorio: Entiendo que algunas o todas las pruebas de laboratorio pueden enviarse a un laboratorio subcontratado para su procesamiento cuando sea necesario.
- Servicios de imágenes: Atención a los pacientes de Medicare únicamente, si un quiropráctico lo deriva para servicios de radiología, tenga en cuenta que Medicare no cubrirá los cargos facturados.

Mi firma a continuación confirma que he leído estas políticas de facturación y mis obligaciones financieras en lo que respecta al departamento de laboratorio de BASS Medical Group.

---

Firma del paciente, padre o tutor legal

---

Relación con el paciente

---

Fecha



## HIPAA/AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO - Página 1 de 3

Estamos obligados por ley a mantener la confidencialidad de la información de salud. La autorización para la divulgación de información de salud a alguien que no está legalmente obligado a mantenerla privada puede causar que la información ya no esté protegida por las leyes de confidencialidad estatales y federales. De acuerdo con las leyes estatales y federales de privacidad del paciente, incluida HIPAA (Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico de 1996), este Aviso describe cómo se puede usar o divulgar su información de salud y cómo usted, el paciente, puede obtener esta información. Por favor revise este Aviso cuidadosamente.

**USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDOS:** La ley nos permite usar o divulgar su información de salud a los siguientes:

- Otro especialista o médico que esté involucrado en su atención.
- Su compañía de seguros, con el fin de obtener el pago de nuestros servicios.
- Nuestro personal, con el propósito de ingresar su información a nuestro sistema computarizado
- Otras entidades durante el curso de su tratamiento, con el fin de obtener autorizaciones, visitas de derivación, programación de pruebas, etc. Gran parte de esta información se envía por fax, que es un uso permitido por ley. Tenemos en archivo con estas fuentes, la verificación de la confidencialidad del fax utilizado y su acceso limitado por personal autorizado.
- Si se vende esta práctica, su información de salud pasará a ser propiedad del nuevo propietario.
- Podemos divulgar parte o la totalidad de su información de salud cuando lo exija la ley. Excepto como se describe anteriormente, esta práctica no usará ni divulgará su información de salud sin su autorización previa por escrito.

Las leyes federales y estatales nos permiten usar y divulgar la información de salud protegida de nuestros pacientes para brindarles servicios de atención médica, para facturar y cobrar pagos por esos servicios, y en relación con nuestras operaciones de atención médica. También utilizamos un registro médico electrónico compartido que permite que tanto nuestros médicos como el personal accedan a la información de salud de nuestros pacientes. El propósito de este acceso es agilizar la derivación de pacientes dentro de BASS Medical Group, otros proveedores y para ayudar a brindar y administrar su atención de manera coordinada. La información en el expediente médico electrónico se puede divulgar fuera de BASS Medical Group solo con la autorización expresa del paciente o según lo permita o requiera específicamente la ley.

**DERECHOS DEL PACIENTE:** La ley también establece los derechos del paciente y nuestra responsabilidad de informarle sobre esos derechos. Éstos incluyen:

- Tiene derecho a solicitar por escrito cualquier uso o divulgación que hagamos con su información de salud más allá de los usos normales mencionados anteriormente.
- Tiene derecho a limitar el uso o restringir la divulgación del uso de su información de salud. Nuestra oficina seguirá cualquier restricción anotada por usted en la página 2 de este formulario.
- Tiene derecho a solicitar por escrito inspeccionar y/o recibir una copia de su información de salud.\* Nuestra oficina puede cobrar una tarifa razonable para cubrir la copia y el envío por correo de estos registros. Algunas divulgaciones de su información de salud pueden requerir que se complete y envíe una solicitud o formulario por separado de este, según lo determine nuestro Oficial de privacidad.

**HIPAA/AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**  
**OFICINA PRINCIPAL** 2637 Shadelands Drive Walnut Creek, CA 94598  
**NÚMERO DE TELÉFONO** 925-627-3424 | **NÚMERO DE FAX** 925-627-3560



## HIPAA/AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO - Página 2 de 3

- Tiene derecho a solicitar un medio o lugar alternativo para recibir comunicaciones sobre su información de salud.\* De lo contrario, dichas comunicaciones se enviarán por correo a la dirección de su casa en su registro médico o de facturación y/o se enviarán a la dirección alternativa y/o por los medios alternativos de comunicación que designe a continuación (por ejemplo, a través de un mensaje de texto telefónico o correo electrónico).
- Tiene derecho a solicitar por escrito una enmienda o cambio a su información de salud. Nuestra oficina puede estar de acuerdo o no está de acuerdo con su solicitud por escrito, pero estaremos encantados de incluir su declaración como parte de sus registros. Si se acepta un acuerdo para modificar o cambiar, tenga en cuenta que la documentación anterior se considera un documento legal y no se puede eliminar ni eliminar. Nuestra oficina simplemente anotará la enmienda y el motivo y la agregará a sus registros.

\*Pueden aplicarse condiciones y limitaciones; obtener información adicional de nuestro Oficial de Privacidad.

- Podemos usar su información para comunicarnos con usted. Por ejemplo, podemos usar el correo de los EE. UU., el teléfono, un mensaje de texto, o correo electrónico para recordarle una cita o llamarlo con información sobre su atención. Si no está en casa, esta información puede quedar en su contestador automático, correo de voz, enviarse por mensaje de texto, por correo electrónico o con la persona que contestó el teléfono. En caso de emergencia, podemos divulgar su información de salud a un familiar u otra persona designada como responsable de su atención.
- **MENORES:** Nos tomamos muy en serio las leyes de privacidad de los pacientes. El Estado de California limita el tipo de información de salud que podemos compartir con los padres o tutores legales de niños adolescentes menores de edad entre 12 y 17 años. En consecuencia, mantendremos un número de teléfono y/o dirección de correo electrónico exclusivos para menores de esta edad. rango, según lo designen.
- **SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, INDIQUE LA EDAD \_\_\_\_\_ Y FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_**
- **A QUIÉN DESIGNO:** Designe a quién PUEDEN divulgar su información de salud nuestras oficinas, incluidos, entre otros, correspondencia, resultados de pruebas, recetas, registros médicos o información de facturación, que tengan 18 años o más, marcando las casillas a continuación y firmando abajo:

Esta autorización para divulgar información de salud es voluntaria.

**ACEPTAR al cónyuge:** Indique el nombre. dirección alternativa. número de teléfono. y dirección de correo electrónico del cónyuge. según corresponda:

**Está bien para los miembros de la familia:** Indique el(los) nombre(s). dirección alternativa. números de teléfono. y direcciones de correo electrónico de los miembros de la familia. según corresponda:

**Aprobar a otro (por ejemplo, abogado, contador, asesor financiero, tutor legal, curador u otro agente o representante legalmente autorizado).** Por favor enumere el(los) nombre(s). dirección alternativa. números de teléfono. y direcciones de correo electrónico de las personas o entidades autorizadas:

**HIPAA/AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**  
**OFICINA PRINCIPAL 2637 Shadelands Drive Walnut Creek, CA 94598**  
**NÚMERO DE TELÉFONO 925-627-3424 | NÚMERO DE FAX 925-627-3560**



**HIPAA/AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO - Página 2 de 3**

Está bien dejar información de salud en el contestador automático, el correo de voz, el mensaje de texto del teléfono o el correo electrónico.

**NO DIVULGUE NI ENVÍE NINGUNA INFORMACIÓN** a nadie más que a mí (el Paciente). Envíe mi información a la dirección de mi casa o a la dirección, el número de teléfono y la dirección de correo electrónico alternativos que incluyo aquí:

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, INDIQUE LA EDAD AGE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**NO LIBERAR A:** [Enumere los nombres, según corresponda]. \_\_\_\_\_

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y las condiciones de este aviso en cualquier momento y sin previo aviso. En caso de cambios, se publicará un aviso actualizado y nuestra oficina le notificará los cambios por escrito. Tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, 200 Independent Avenue, S.W., Room 509F, Washington, DC 20201. Nuestra oficina no tomará represalias contra usted por presentar una queja. Sin embargo, antes de presentar una queja o para obtener más información o asistencia con respecto a la privacidad de su información de salud, comuníquese con nuestro Oficial de privacidad al (925) 627-3424.

**RECONOCIMIENTO, AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

Esto reconoce que ha recibido y leído una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad y consentimiento para la divulgación de su información de salud a la(s) persona(s) o entidades que ha designado anteriormente. Este documento permanecerá como parte de su registro médico y de facturación.

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

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Si la persona que firma no es un paciente, proporcione el nombre e identifique la relación con el paciente y en qué capacidad está firmando (por ejemplo, padre, tutor, curador):

Nombre: \_\_\_\_\_

Capacidad y / o relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Esta autorización/consentimiento puede revocarse en cualquier momento antes de la divulgación de la información solicitada. La revocación debe ser por escrito, firmada por el paciente o su representante autorizado y entregada a BASS en la dirección que se indica a continuación.

El representante autorizado del paciente tiene derecho a recibir una copia de esta Autorización.

**VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN/CONSENTIMIENTO:** A menos que usted lo revoque, rescinda, revise, actualice o cambie de otro modo en un escrito firmado por usted, esta Autorización y Consentimiento no caducará y tendrá una duración indefinida.

**HIPAA/AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**  
**OFICINA PRINCIPAL** 2637 Shadelands Drive Walnut Creek, CA 94598  
**NÚMERO DE TELÉFONO** 925-627-3424 | **NÚMERO DE FAX** 925-627-3560