

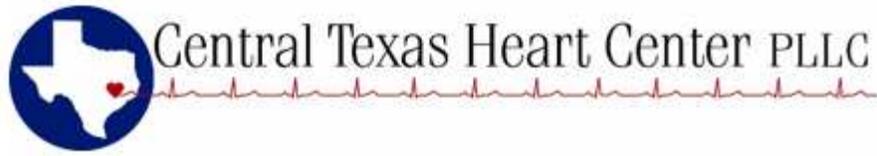


## Información de Muegráfica del Nuevo Paciente

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido
M / F		
Fecha de Nacimiento:	Género	Seguro Social
Origen/Etnico:	Idioma (por favor especifica): *De conformidad con las reglamentaciones federales, debemos recopilar esta información	
Licencia de Conducir #:	Estado:	Fecha Exp:
Dirección de Envio:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono de Casa #:	Teléfono de Celular #:	Teléfono Alternativo #:
Correo Electrónico:	Empleador/Teléfono #:	
Espos/a o otro Nombre de contacto:	Teléfono #:	
Seguro Primario	Subscriber #:	Grupo #:
Subscriber Nombre	Fecha de Nacimiento	Teléfono de Seguro #:
Seguro Secundario	Subscriber #:	Grupo #:
Subscriber Nombre:	Fecha de Nacimiento	Teléfono de Seguro #:
Doctor Particular:	Teléfono #:	
¿Alguna vez has visto a un cardiólogo?		
Nombre del cardiólogo y Número de teléfono #:	Razón?	

**\* Acepto dar su consentimiento para que se dejen mensajes detallados en todos y cada uno de los números de teléfono de contacto y / o correos electrónicos mencionados anteriormente.**

Firma del Paciente / Tutor



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

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

**Consentimiento para el tratamiento:**

Doy mi consentimiento y autorizo a los proveedores de Central Texas Heart Center (CTHC) y asociados a tratar mi afección según lo consideren necesario, incluidos los procedimientos y las exploraciones. Entiendo que no hay garantías en los reagents de los resultados del healthcare proporcionado a mí. Soy consciente de que sere responsable de cualquier cargo que mi seguro no cubra. Acepto que es mi responsabilidad conocer y comprender los beneficios de mi seguro y la cobertura de los mismos, y que cualquier cotización que me entregue CTHC no es una garantía, sino una estimación de mis beneficios.

\_\_\_\_\_ Iniciales del Paciente / Tutor

**Asignación de beneficios / Autorización para pagar beneficios / Política financiera del paciente:**

Autorizo que cualquier pago de los beneficios elegibles por parte de un Asegurado y / o Pagador se realice a CENTRAL TEXAS HEART CENTER, PLLC por cualquier servicio que se me proporcione. Entiendo que cualquier reabastecimiento de medicamentos que se solicite fuera de una cita de visita al consultorio podría resultar en una tarifa adicional. Si no se da un aviso de 24 horas para cancelar una cita, se dará una advertencia verbal, a partir de entonces se aplicará una tarifa de \$100 para citas con pacientes nuevos, \$75 para citas establecidas con pacientes, \$250 para citas con material nuclear, \$125 para las citas por eco, y \$250 por procedimiento de vena las citas se evaluarán en su cuenta. Estoy de acuerdo con los término de la Política Financiera para Pacientes del Centro Cardíaco de Texas Central y estoy al tanto de que una copia estará disponible para mí cuando lo solicite.

\_\_\_\_\_ Iniciales del Paciente / Tutor

**Política de referencia de seguro:**

Entiendo que es mi responsabilidad como paciente asegurarme de que se hayan obtenido las aprobaciones / autorizaciones / referencias requeridas, según los términos de mi contrato de seguro, antes de recibir los servicios. También entiendo que mi cita puede reprogramarse si la aprobación requerida no es recibido antes de la fecha / hora de mi cita. Debido a las políticas y procedimientos en constant cambio descritos por las compañías de seguros, CTHC se ve obligada a notificar a todos los pacientes sobre este requisito, incluso si mi seguro actual no lo requiere. Soy consciente de que lmay se contacta con mi compañía de seguros si tiene preguntas o inquietudes sobre esto, ya que sus políticas y procedimientos pueden cambiar en cualquier momento y a menudo lo hace. También entiendo que si se ve a ldecide sin la aprobación previa requerida, mi visita debe pagarse en su totalidad en el momento del servicio y que será mi responsabilidad obtener el reembolso de mi compañía de seguros y que imay solicite la información de reclamos necesaria de CTHC para hacerlo.

\*La relación de CTHC con su compañía de seguros requiere que le notifiquemos sobre dichas políticas.

\_\_\_\_\_ Iniciales del Paciente / Tutor

**Acuse de recibo del Aviso de practices de privacidad, divulgación del Portal del paciente y divulgación de información sobre la salud:**

Acepto los términos de la Notificación de Prácticas de Privacidad de CTHC que detalla cómo mi información de salud puede ser utilizada y divulgada como permitido por la ley federal y estatal y delineando mis derechos con respect a mi información de salud, y estoy consciente de que una copia estará disponible para mí cuando lo solicite. \*Tenga en cuenta: los proveedores de Central Heart de Texas se han asociado con The Heart & Vascular Center.

\_\_\_\_\_ Iniciales del Paciente / Tutor

Autorizo la publicación de mi información médica y financier, incluido el acceso a mi Porta del paciente a la(s) siguiente(s) persona(s):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Acepto dar su consentimiento para que se dejen mensajes detallados en todos y cada uno de los números telefónicos de contacto y / o correos electrónicos mencionados anteriormente, así como la publicación y el acceso a mi Portal para pacientes, información médica y / o financiera a todos y cada uno de los contactos que he proporcionado anteriormente. Al firmar a continuación, verifico que he leído y entiendo las políticas, pautas, consentimientos y autorizaciones antes mencionados.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente / Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**





Central Texas Heart Center PLLC



**Central Texas Heart Center (CTHC): 979 - 774 - 4008**

**Dirección: 2700 E 29th St, in the CHI St Joseph Health Medical Office Building, Bryan, TX 77802**

**Vea las flechas negras en el mapa para obtener instrucciones sobre cómo llegar ESTACIONAMIENTO PARA PACIENTES / VISITANTES P1 y P2**

Suite 220: Drs. Mitchell and Wigley  
Laura Pugh, Nurse Practitioner  
Suite 235: Drs. Colato and Schwartz  
**\*\* 2nd Floor \*\***

Suite 330: Drs. Gutierrez and Mays  
Ellen Sugarek, Physician Assistant  
Kyoko Arata, Nurse Practitioner  
**\*\* 3rd Floor \*\***