

# SALCIDO FAMILY MEDICINE

FRANCISCO SALCIDO, MD - BOARD CERTIFIED

## Formulario de Registro del Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: S C D V  
Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Numero de licencia de conducir: \_\_\_\_\_  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Grupo étnico: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_  
Lugar de empleo: \_\_\_\_\_  
Dirección de empleo: \_\_\_\_\_  
Teléfono de empleo: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_  
Información del Seguro: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del asegurado titular: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del asegurado titular: \_\_\_\_\_  
Número de seguro social de asegurado titular: \_\_\_\_\_  
Empleo: \_\_\_\_\_  
Dirección de Empleo: \_\_\_\_\_  
Pariente más cercano que no vive con usted: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Se requiere pago de todos los cargos al tiempo de su consulta. Nuestro personal le puede asistir si necesita hacer otros arreglos. Su póliza de seguro y la cobertura es un contrato entre usted y su aseguradora. Usted se hace responsable de pagar los servicios médicos independientemente del estatus de su reclamo.

Salcido Family Medicine envía estados de cuenta mensualmente. El monto se debe pagar al recibir su cuenta, salvo algún otro acuerdo especificado. Todas las cuentas por cobrar después del día 30 del siguiente mes causaran intereses moratorios del 1 ½ % mensual (18% APR).

El solicitante accede que todas las facturas o estados de cuenta sean conclusivos y precisos al menos que el solicitante se comunique por medio escrito con la oficina de Salcido Family Medicine a más tardar 15 días después de recibir la factura o estado de cuenta.

El solicitante conviene que si alguna cuenta se vence, esta cuenta y cualquier otro monto que se deba a la clínica pueden volverse inmediatamente vencido y se debe pagar. El solicitante también accede a que en el caso de cualquier saldo que no sea pagado según lo acordado y que sea referido a una agencia de cobranzas o abogados, el firmante al calce de este documento conjunta y solidariamente accede a pagar todos los costos derivados por la cobranza de la compañía y honorarios de abogados y costos de litigio. En caso de demanda legal, el litigio se llevara a cabo en una jurisdicción designada por la clínica Salcido Family Medicine. El solicitante también accede a pagar todos los cobros de servicio actuales y futuros mientras el caso sea designado a abogados o agencia de cobranza. Los cheques sin fondos están sujetos a un cargo de \$30.00 por devolución. \_\_\_\_\_ **Iniciales del paciente**

Firma del Responsable

Fecha

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Ultimo Doctor: \_\_\_\_\_

Razon de la visita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sirujias y fecha: \_\_\_\_\_

Enfermedades previas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicinas Actuales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tiene Alergias a medicinas: None \_\_\_ Inicial

Que Medicinas: \_\_\_\_\_

Historia medic de familia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Historia Social: Nunca Fumado \_\_\_\_\_ Pare de fumar \_\_\_\_\_

Toda Via Fuma: \_\_\_\_\_

Cuanto fuma? \_\_\_\_\_

Cuanto alcohol consume en una semana? \_\_\_\_\_

## Reconocimiento del recibo del aviso de las practias de la aislamiento

El uso y el acceso de la informacion protegida de la salud es regulado por una ley federal conocido como el Acto De La Portabilidad y de la responsabilidad del seguro medico de 1996 ("HIPPA"). Debajo de "HIPPA", los proveedores de salud sonreueridos de dar al paciente aviso de las practicas de la aislamiento para la informacion de la salud de protecton y hacer un esfuerzo de la buena fe de obtener un reconocimiento escrito que este aviso fue recibido.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre impreso del paciente O del representante personal), reconozca que la medicina de la familia de Salcido ha proporcionado una copia escrita de su aviso de la aislamiento Practices para la informacion protegida de la salud a:

\_\_\_\_\_ Mismo (O representante personal)

Y \_\_\_\_\_ (nombre de cualquier otra persona usted desearia su informacion lanzada).

---

Firma del paciente o del representante personal

Fecha

---

Nombre impreso

# de Telefono

Relacion al paciente

---

# SALCIDO FAMILY MEDICINE

FRANCISCO SALCIDO, MD - BOARD CERTIFIED

## Política De Citas Perdidas

En Salcido Family Medicine, entendemos que su tiempo es valioso. Los médicos tratan de atender a los pacientes de manera oportuna. Respetamos su tiempo y le pedimos que respete el nuestro así como las necesidades de otros pacientes cumpliendo con su cita. Cada intervalo de tiempo es importante y no se puede recuperar si el paciente decide no mantener su cita. Cobramos tarifas a fin de garantizar que nuestros médicos puedan continuar atendiendo a los pacientes. Por favor, tenga en cuenta que cada cita que se ha omitido o citas perdidas no solo es tiempo perdido, sino también el tiempo en que otros pacientes no tienen la oportunidad de ver al médico.

- Es su responsabilidad proporcionar un número de teléfono valido y si está disponible una dirección de correo electrónico que nos permita comunicar información importante, como los recordatorios de citas. Tener un número de teléfono válido y la dirección de correo electrónico es realmente importante; por favor, ayúdenos a mantener los registros vigentes.

- **A partir del 1º de septiembre de 2013**, cada cita perdida se marcará y es posible que reciba un aviso de que ha perdido la cita. Además, se le puede agregar un cargo de \$25 a su cuenta por la cita perdida. Por favor, tenga en cuenta que el cargo no se le facturará a su seguro médico.

- Las cuentas que acumulen tres tarifas por citas pérdidas podrían ser destituidas de la práctica.

- Cualquier cancelación que no hizo por lo menos 24 horas antes de la cita programada será considerada una cita perdida y será sujeta a los términos anteriores.

- Si usted llega 20 minutos tarde a la cita programada, sin notificación previa a nuestra oficina, esto también puede ser considerado una "cita perdida". Por favor, recuerde que el hecho de comunicarse con nuestra oficina es fundamental para ofrecerle atención médica de calidad.

- Entendemos que surgen circunstancias que no le permiten mantener la cita programada. Si este es el caso, por favor llame y hable con el gerente de la oficina tan pronto como sea posible. No cobramos la tarifa de cancelación en este caso siempre que no tenga un historial de cancelaciones. Nuestra agenda se llena rápidamente, y esto permitirá que otros pacientes puedan utilizar este tiempo.

Nos damos cuenta de que hay ocasiones en las que usted puede llegar a la hora de la cita y no es posible atendersele puntualmente a la hora convenida. Es importante comunicarle que hacemos todo lo posible para asegurarnos de que esto no suceda, sin embargo, debido a las emergencias de los pacientes u otros incidentes inesperados, nuestra agenda puede, en ocasiones retrasarse. Si este es el caso, se hará todo lo posible para informarle de este retraso.

*Francisco Salcido, M.D.*

Nombre del Paciente

Correo electrónico:

---

Firma del Paciente

Fecha \_\_\_\_\_

## Política de recetas medicas

Para atender a las necesidades de nuestros pacientes hemos realizado la siguiente política de recetas médicas:

- El paciente tiene la responsabilidad de saber qué medicamentos están cubiertos bajo su plan de seguro médico.
- Durante su visita al consultorio solicite suficiente medicamento para durar hasta su próxima visita.
- Llame a su farmacia PRIMERO para las solicitar más medicamento y pida que se envíen electrónicamente al médico. Las recetas electrónicas van directamente al médico y se autorizan durante todo el día.
- Llame a su farmacia 2 semanas antes de que se agote su medicina.
- Evite llamar a la oficina para solicitar medicamentos los viernes, los fines de semana, o en días festivos debido a la disponibilidad de los proveedores. Por favor no deje mensajes de voz para las recetas.
- La mayoría de las oficinas están aplicando un costo por solicitar más medicamento o autorizaciones de medicamentos. Por favor, siga esta política para de evitar que este cargo se lleve a cabo aquí.

*Dr. Francisco Salcido*

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha