



Formulario de Inscripción para nuevos pacientes

**Todos los pacientes deben proporcionar alguna forma de identificación**

Paciente Apellido		Primer Nombre			Segundo Nombre	
Dirección Calle/Caja			Ciudad		Edo.	Código postal
Tel. Casa		Tel. Trabajo		Tel. Móvil		Correo Electrónico
Sexo (Marque una) <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de Nacimiento		Edad	Número de Seguro Social		Licencia de Conducir/Identificación
Estado Civil (Marque una) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado-a <input type="checkbox"/> Divorciado-a <input type="checkbox"/> Viudo-a			Nombre de Cónyuge (Si es aplicable)			
Nombre de Empleador:			Dirección de Empleador			
Nombre de Médico de Atención Primaria		Teléfono		Nombre del Dr. que lo refiere		Teléfono
<b>Como se enteró de nuestro Medico?:</b>						
<input type="checkbox"/> Evento Comunitario <input type="checkbox"/> Correo Directo <input type="checkbox"/> ER <input type="checkbox"/> Paciente Establecido <input type="checkbox"/> Familiar/Amigo <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Internet/ Website <input type="checkbox"/> Ubicación <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Referencia Medica <input type="checkbox"/> Radio / TV <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Discapacitado						
Nombre de Farmacia información			Ciudad		Teléfono	

**Complete esta sección solo si el paciente es un menor (Responsable)**

Responsable Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido de Soltera
Dirección (Calle/Caja)			Ciudad		Estado	Código postal
Tel. de Casa		Tel. De Trabajo			Tel. Móvil	
Sexo(Marque uno) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento		Edad	Seguro Social		Licencia de Conducir

**Aseguranza & Información del Subscriptor**

Primaria compañía de Seguro		Fecha de Vigencia		Segunda Compañía de Seguro		Fecha de Vigencia	
Reclamaciones Dirección (Calle/Caja)				Reclamaciones Dirección (Calle/caja)			
Ciudad		Estado	CP	Ciudad		Estado	CP
Numero de Póliza de Seguro		Numero de Grupo		Numero de Póliza de Seguro		Numero de Grupo	
Nombre de Abonado (Tomador)		Fecha de Nacimiento		Nombre de Abonado (Tomador)		Fecha de Nacimiento	
Seguro Social de Subscriptor		Relación con Paciente		Seguro Social de Subscriptor		Relación con Paciente	
Empleador de Subscriptor		Tel. Trabajo		Empleador de Subscriptor		Tel. Subscriptor	
Dirección del Empleador del Abonado (Calle/Caja)				Dirección del Empleador del Abonador (Calle/Caja)			
Ciudad		Estado	CP	Ciudad		Estado	CP

Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal

Fecha



Las preferencias del paciente respecto a la comunicación de PHI y HIPAA  
(INFORMACION DE SALUD DEL PACIENTE)

**Metodo preferido de comunicacion**

Como gustaria que nos comuniquemos con usted:  Tel. Casa  Tel. Trabajo  Tel. Movil  Email  Guardian

El metodo de mi preferencia con respecto a mis condiciones medicas es: (Marque una):

Home Phone  Work Phone  Cell Phone  Email  Mail Letter  Guardian

Si el anterior método de comunicación es por teléfono, por favor marque la casilla apropiada debajo de (marque uno):

Deja un mensaje con información detallada ( casa teléfono trabajo teléfono celular)

Deja un mensaje con una llamada - detrás el número solo ( casa teléfono trabajo teléfono celular )

mayo nos deja un mensaje en:  su contestador correo de voz  Other : \_\_\_\_\_

Por favor, tenga en cuenta que usted es responsable por cargos incurridos en la recepción de nuestras comunicaciones. Por ejemplo, si proporciona un número de teléfono celular como método de contacto, entonces eres responsable cargos por su operador de telefonía móvil para recibir llamadas o mensajes de texto de la clínica. Comunique a nuestra oficina si tiene instrucciones especiales o peticiones con respecto a nuestra comunicación con usted. Por ejemplo, por favor sepamos si usted quisiera para que le llamemos a un número de teléfono diferente para obtener un resultado de prueba en particular o si no quiere ser llamado en todo. Si el método anterior de comunicación es por teléfono, marque la casilla

**Approved HIPAA Contacts**

Keeping our Patient's information private is important to our Practice and by default we will only disclose information related to the patient's **Billing Account** and **Medical Conditions** to the **patient** or **Legal Guardian**.

If you would to add additional contacts (other than the patient or Legal Guardian) That Ayala Nasal & Sinus Institute is allowed to disclose this type of information to , Please complete the fields below and select the appropriate checkboxes based on your approval for each person you list. In addition, please choose the person you would like Ayala Nasal & Sinus Institute to list as your Emergency Contact in the event an emergency situation was to take place at our office.

\_\_\_\_\_  
Contact Name

**Billing Account Information**

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient

**Medical Condition Information**

\_\_\_\_\_  
Contact Phone Number

**Emergency Contact**

\_\_\_\_\_  
Contact Name

**Billing Account Information**

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient

**Medical Condition Information**

\_\_\_\_\_  
Contact Phone Number

**Emergency Contact**

**The duration of this authorization is indefinite unless otherwise revoked in writing. I understand that requests for health information from persons not listed on this form will require my specific authorization prior to the disclosure of any health information.**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente, Padre o tutor legal**

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



**Consentimiento para Tratar y Responsabilidad Financiera**  
**Por favor lea y firme las siguientes declaraciones**

Por la presente Autorizo a empleados, incluyendo médicos, asistentes médicos y otros empleados, los miembros del personal para tratamientos médicos y evaluaciones y cuidado para el paciente que se indican a continuación. Autoriza firmando el tratamiento de los pacientes y procedimientos consentimiento forma y cualquier otra forma que juzgue necesario. Autorizo a todos los beneficios y los pagos de mi compañía de seguros (empresas) servicios proporcionados y prestados para ser abonado directamente al Dr. Carlos Ayala y Ayala ENT & Facial Plastic Surgery, PLLC. Entiendo que soy responsable por cualquier cargo no cubierto por mi compañía de seguros (empresas), incluyendo Medicare. También autorizo la publicación de cualquier información sobre mi salud, asesoramiento y tratamiento proporcionado con el fin de evaluación y administración de reclamaciones para beneficios del seguro. Permito una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar de mi consentimiento y firma original. La duración de este permiso es indefinido y continua hasta que sea revocada por escrito.

Entiendo que mi plan (s) seguro no pueden cubrir el costo total del tratamiento (s) DEBIDO A LA NATURALEZA DEL PLAN INSURANCE O QUE ALGUNOS TRATAMIENTOS puede ser considerado medicamento necesario POR LAS EMPRESA INSURANCE) Y QUE SOY RESPONSABLE PARA CUALQUIER copago, deducible, y menos otros cargos no cubiertos por mi plan de seguro primario o secundario (s).

PACIENTES DE MEDICARE: Yo entiendo que soy responsable dl deducible Y EL COPAGO APLICADA A MI MEDICARE COBERTURA DE SEGURO.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal**

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

**Complete esta sección solamente si el paciente es menor de edad**

**Doy Consentimiento para \_\_\_\_\_ Autorizar la evaluación y el tratamiento para el paciente identificado arriba cuando no estoy disponible. Entiendo que esto autoriza a la persona (s) anterior de consentir a los procedimientos médicos y quirúrgicos para el paciente. La duración de esta autorización es indefinida y continua hasta que sea revocada por escrito.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente, Padre o tutor legal**

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



**Financial Policy and Responsibility**

Para garantizar la cobertura de seguro para los servicios prestados, es imperativo que el paciente proporcione una tarjeta de seguro actual en cada visita de oficina. Si la cobertura y verificación de seguro no pueden determinarse antes de la visita, pago se solicitará en el momento del servicio. Tenga en cuenta que la información de elegibilidad y beneficios proporcionada por su compañía de seguros es solamente una estimación y no es una garantía de pago por el asegurador. Beneficios reales están sujetos a los términos del plan, definiciones, limitaciones y exclusiones en efecto en la fecha de servicio. Cirugía de Plástica Facial y Otorrinolaringología Ayala y Ayala Nasal Sinus Instituto/Ayala Instituto de cirugía plástica presentará su reclamo/factura a su compañía de seguros para servicios realizados por nuestros proveedores de servicios médicos o en nuestras instalaciones médicas; sin embargo, es en última instancia la responsabilidad del paciente para pagar cualquier y todos los servicios. Si el paciente seguro del plan requiere una referencia del medico atención primaria del paciente...Ayala ENT & Facial Plastic Surgery and Ayala Nasal Sinus Institute/Ayala Plastic Surgery Institute, Ella no es responsable de verificar beneficios para hospitales, anestesia o cualquier otro servicios auxiliares exterior o instalaciones. Copagos y deducibles son debidos al tiempo de servicio. Para su comodidad, los pagos pueden realizarse mediante efectivo, giro postal, Visa, MasterCard, Discover o American Express. Cuando sea necesario, nuestra oficina comercial está dispuesto a ayudar a pacientes en hacer arreglos de pago especiales para servicios inesperados y de emergencia. La ley requiere que las compañías de seguros pagan reclamaciones mayoría dentro de 45 días de la presentación. Si hay dificultad para procesar cualquier solicitud (s), podemos pedir su asistencia con su proveedor de plan de atención médica. Es muy importante que usted responde rápidamente a cualquier investigación de su compañía de seguros ya que no hacerlo podría resultar en un retraso de la cobertura de la demanda. Puede tener un saldo a favor en su cuenta después de que su seguro de los procesos de pago por visita de hoy. Esto ocurriría si usted sobrepagado su deducible y coaseguro o. Por...

**Financial Responsibility**

I hereby authorize payment of medical benefits directly to **Ayala ENT & Facial Plastic Surgery and Ayala Nasal Sinus Institute/Ayala Plastic Surgery Institute** and /or the attending physician for services rendered. Authorization is hereby granted to release information contained in the patient’s medical record to the patient’s medical insurance company (or its employees or agents) as may be necessary to process and complete the Patient’s medical Insurance claim. I understand that this authorization may include release of information regarding communicable diseases, such as Acquired immune Deficiency Syndrome (“AIDS”) and Human Immunodeficiency Virus (“HIV”). I understand that I am financially responsible for the total charges for services rendered which may include services not covered by the patient’s insurance companies. I agree that all amounts are due upon request and are payable to **Ayala ENT & Facial Plastic Surgery and Ayala Nasal Sinus Institute/Ayala Plastic Surgery Institute**.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal**

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