

Account Number _____

Apellido: _____

Doctor primario: _____

Nomre: _____

Provedor de referencia: _____

Domicilio: _____

Provedor de cuidado:

MARTIN BERRY M.D. _____

Ciudad: _____

JEFFREY BACON D.O. _____

Estado: _____ Codigo postal: _____

Decha de nacimiento: _____

Telefono de Casa: _____

Telefono de Cellular: _____

Sex: M _____ F _____

Se puede dejar mensaje? Si _____ No _____

Estado civil: M _____ S _____ D _____ W _____ Sep _____

Telefono de trabajo: _____ Ext. _____

Seguro Social: _____

Se puede dejar menaje? Si _____ No _____

Empliador: _____

Parte responsable: Simismo: _____ Ledente: _____

Domicilio: _____

Relacion con parte responsable: _____

Estado laboral: JL _____ MJ _____ R _____

Seguros:

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____

Nombre: _____

Primario: _____

Domicilio: _____

Cedente: _____ Fecha de nacimiento _____

Secundario _____

Relacion: _____

Cedente: _____ Fecha de nacimiento _____

Numero de Telefono: _____

Terecero: _____

Cedente: _____ Fecha de nacimiento _____

Farmacia: _____

Correo electronic: _____

FIRMA: _____

Lenguaje hablado: _____

FECHA: _____

Nombre: _____ Fecha: _____ Edad: _____

Medicinas Presentes:

Nombre	Miligramos	Veces al dia
1) _____		
2) _____		
3) _____		
4) _____		
5) _____		
6) _____		

Otros: _____

Alergias a medicamentos: _____

Temperature: _____ Pulse: _____ BP: _____ Respirations: _____ Weight: _____

Rheumatology Services Medical Group
8329 Brimhall Road #801
Bakersfield, CA 93312
P (661) 695-8385
F (661) 679-6801

Autorizacion para Divulgar Informacion de Salud Protegida

Al firmar esta autorizacion, yo autorizo a Los Servicios de Reumatologia a revelar mi informacion de salud protegida.

Nombre del paciente _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___

Divulgar informacion a:

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

1. Informacion autorizada para su divulgacion, si se incluye en mis registros
 - Historia Clinica Completa
 - Registro de Faturacion Completa
 - Informacion de Seguro
 - Informacion de Salud Protegida Sensible, es decir VIH, STD, Hepatitis B o C etc.
 - Cualquier excusion(por favor de listar) _____

2. **Entiendo que** tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito a los servicios de Reumatología.
Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido realizada en respuesta a esta autorización.
Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi asegurador el derecho de revisar o impugnar una reclamación. A menos que sea revocada, esta autorización no caducará y se puede documentar como ilimitada. Es responsabilidad del paciente a notificar nuestra práctica de cualquier cambio, es decir, la tutela, por lo que la documentación apropiada se da para el cambio.

3. **Entiendo que** cualquier divulgación de mi informacion de salud lleva consigo la posibilidad de re-divulgaciones no autorizadas y futuras, según lo permitido por HIPPA y otras normas federales de privacidad. si tengo preguntas sobre divulgaciones de mi información de salud, puedo contactar a la oficina.

4. Servicios Medicos de Reumatologia, sus empleados y médicos, se liberan de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior al punto indicado y autorizado en el presente documento.

Firma del Paciente(o Representante Legal, Padre, o Guardian Legal)

_____/_____/_____
Fecha

Rheumatology Services Medical Group

Estaremos lanzando nuevos servicios que, estaran disponibles para usted muy pronto. Tendremos Mensajero eClinical que nos permitira recordarle de sus citas a trave's de su eleccion, por telefono o un mensaje de texto. Tambien permitira que nos comunicuemos con usted a una hora conveniente.

Para recordatorios al paciente: Necesitamos esta informacion

Numero telefonico preferido para llamadas:

_____ Casa _____

_____ Celular _____

_____ Trabajo _____

_____ Mensaje de texto _____

Esta permitido dejar mensaje a este numero? Si/No

Hora preferida para recibir llamadas: (escoja una)

_____ En la manana de 9 AM a 12 PM

_____ En la tarde de 1 PM a 4 PM

_____ En la Noche de 5 PM a 7 PM

Correo electronico: _____

Para estar acuerdo a la ley necesitamos la siguiente inforacion:

Etnicidad

Raza:

_____ Hispano o Latino

_____ Indio Americano/Natico de Alaska

_____ No Hispano o Latino

_____ Asiatico

Idioma:

_____ Nativo de Hawaii O de otra isla en el sur pacifico

_____ Ingles

_____ Afro Americano/Negro

_____ Espanol

_____ Anglo

_____ Otro

_____ Hispano

_____ Otra Raza

Nombre: _____

firma: _____

Fecha: _____