

PERMIAN INTERNAL MEDICINE ASSOCIATES (PIMA)

403 PITTSBURG AVENUE, ODESSA, TEXAS 79761

Teléfono (432) 332-3400 Fax (432) 332-6500 www.pima1.com Portal del Paciente: <http://9460.portal.athenahealth.com>

REGISTRO DE NUEVOS PACIENTES / PAQUETE DE INFORMACION

Fecha _____ 202_____

Referido/a Por _____ Medico Primario _____

INFORMACION DE PACIENTE

Fecha de Nacimiento _____

Apellido(s) _____ Primer Nombre _____ I.S.N _____

Género: **Hombre** **Mujer** Estado Civil: **Soltero/a** **Casado/a** **Viudo/a** **Divorciado/a**

Número de Seguro Social _____ Número de Licencia _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____

Tel Casa (_____) _____ # Tel Celular (_____) _____ # Tel Otro (_____) _____

Correo Electrónico: _____

(del paciente o familia que está autorizado/a para obtener su información médica.

Esto es estrictamente solo para su información médica sin solicitud.)

Empleador/Escuela _____ Dirección: _____

¿El paciente es menor de edad? Si No (En caso de que sí, la persona que acompaña al paciente es el garante)

INFORMACION DEL GARANTE:

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social _____ Relacion _____

Dirección: _____ # Telefono _____

**** NECESITAMOS HACER UNA COPIA DE SU TARJETA(S) DE SEGURO Y LICENCIA ****

Seguro Primario _____ Teléfono del Seguro _____

Nombre en la Póliza _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social _____

ID# _____ # De Grupo _____ Relación con el Asegurado _____

Seguro Secundario _____ Teléfono del Seguro _____

Nombre en la Póliza _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social _____

ID# _____ # De Grupo _____ Relación con el Asegurado _____

Divulgación de interés:

Doctores Suresh y Kalpana Prasad tienen intereses de propiedad en ORMC y, como resultado, pueden beneficiarse financieramente de la remisión de servicios a ORMC en forma de mayores dividendos o distribuciones. Háganos saber si tiene alguna inquietud con respecto a la relación financiera entre los doctores Prasad y ORMC. Tiene la opción de utilizar un centro de atención médica alternativo.

Cesión y Liberación:

Yo, el abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tengo cobertura de seguro. Asigno directamente a SURESH PRASAD MD, PA; Permian Internal Medicine Associates (PIMA); todos los beneficios del seguro, si se me pagan de otro modo por los servicios prestados, **entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que los pague o no el seguro.** Autorizo al consultorio médico a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

Reconocimiento de telemedicina:

Los servicios de telemedicina implican el uso de equipos de videoconferencia interactivos seguros y dispositivos de audio que permiten a los proveedores de atención médica brindar servicios de atención médica a los pacientes cuando se encuentran en diferentes sitios. Se me ha puesto a mi disposición una copia del *Aviso de Prácticas de Privacidad*.

Reconocimiento:

Reconozco que se me ha puesto a mi disposición una copia del procedimiento de la oficina y la póliza financiera, divulgación de información, póliza de litigios, póliza de HIPPA, participación de Evolent ACO establecida por PIMA. Mi firma a continuación indica que acepto los términos proporcionados.

X _____
Firma del Paciente o Garante

Fecha