



New Patient
Established Patient

Insurance
Self-Pay

Información del paciente

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ M.I.: _____
Fecha de nacimiento(mes/día/año) _____ Edad: _____ Sexo: ☐ F ☐ M ☐ Otro: _____
Raza: _____ Etnicidad: _____ Idioma preferido: _____ Estado civil: _____
Numero de seguridad social: _____ Correo electrónico: _____
Dirección: _____ APT #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Preferido: ☐ Casa ☐ Móvil ☐ Correo electrónico
Referido por: _____

Información de los padres / garantes

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ M.I.: _____
Fecha de nacimiento(mes/día/año) _____ Edad: _____ Sex: ☐ F ☐ M ☐ Otro: _____
Idioma preferido: _____ Relación con el paciente: _____ Estado civil: _____
Numero de seguridad social: _____ Correo electrónico: _____
Dirección: _____ APT #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Preferido: ☐ Casa ☐ Móvil ☐ Correo electrónico

Consentimiento para tratamiento y pago

Doy mi consentimiento a Sapphire Family Practice ("SFP") para que me proporcione los servicios clínicos que necesite. Entiendo que SFP me explicará los tratamientos y procedimientos. Además, entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor hasta que se retracte por escrito a SFP.

Garantía de pago (inicial):

_____ Pago por cuenta propia: Yo elijo pagar por todos los servicios recibidos hoy. Entiendo que mi seguro NO será facturado por Sapphire Family Practice.

_____ Seguro médico: Por la presente autorizo el pago directamente a SPP de todos los beneficios médicos disponibles para mí. Entiendo que si la cobertura de mi seguro no cubre los servicios prestados, éstos me serán facturados directamente. Si mi cuenta se asigna a una agencia de cobros, acepto pagar -además del saldo- una comisión de cobro del 40%, intereses por un importe del 18% TAE, costas judiciales y honorarios de abogado.

Firma: _____ Fecha: _____

Si lo firma una persona distinta del paciente, especifique su relación con el paciente: _____

Política financiera

En Sapphire Family Practice (“SFP”) estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Ayúdenos a servirle al permitirnos ventarnos en la atención al paciente y reducir la cantidad de facturas que debemos enviarle.

Se espera el pago en el momento del servicio: Se le pedirá que pague su copago, deducible, y cualquier saldo pendiente en el momento de su cita. Por favor llegue preparado para ocuparse de estos asuntos financieros. SFP acepta efectivo, cheques personales, VISA, MasterCard, AMEX y Discover.

Fuera de la red/Autopago: Hay muchas opciones de seguros, y es posible que no participemos con su plan. Presentaremos su reclamo de seguro por cortesía y cobraremos \$50 por servicios fuera de la red en el momento de la visita. Aunque tratamos de obtener todos los cargos médicos antes de la salida, puede haber correcciones a su declaración cuando las notas médicas son finalizadas por el médico. Si hay un saldo pendiente después del pago en la fecha de prestación del servicio, se le facturará ese importe. Si ha pagado de más, se le reembolsará el importe correspondiente.

Seguro médico: Por favor, consulte con su compañía de seguros antes de hacer su cita para ver sus beneficios y responsabilidades. Cada plan es diferente, y el seguro no es una garantía de pago. El paciente o los garantes son responsables en última instancia del pago del servicio prestado.

Enviaremos su factura a nuestras compañías de seguros participantes como cortesía hacia usted. Es su responsabilidad asegurarse de que tenemos la información de seguro y facturación correcta. Si una reclamación no tiene éxito debido a un seguro defectuoso o información de facturación, usted será responsable por el saldo. Por favor, asegúrese de que somos conscientes de las restricciones de su póliza tiene sobre los servicios auxiliares (como la exigencia de un laboratorio específico). Facturemos a las compañías de seguros secundarias si usted ha proporcionado esa información EN EL MOMENTO DE SU VISITA.

Si no podemos verificar su seguro en el momento de su visita, o usted no tiene su seguro con usted, el pago completo se debe antes del servicio.

Si su seguro tiene una póliza de copago, el copago es debido en el momento del servicio. Si usted tiene un deducible, usted puede ser responsable de todos los cargos hasta que se alcance el deducible. Usted es responsable de todos los saldos restantes después de que su seguro haya pagado su parte.

Si no recibimos el pago de su seguro en los 60 días siguientes de la fecha del servicio, es posible que deba pagar la totalidad del saldo. Cuando reciba una declaración, tendrá 30 días para pagar cualquier saldo pendiente, a menos que se le haya extendido un acuerdo de pago. Los saldos pendientes no pagados dentro 60 días de la factura original podrán ser transferidos a cobros en colecciones. Si su cuenta se asigna a una agencia de cobros, usted acepta pagar una comisión de cobro del 40%, intereses por un importe del 18% TAE, costas judiciales y honorarios de abogado. Comuníquese con nosotros de inmediato para evitar posibles cargos de cobranza y dificultades de programación.

Es su responsabilidad asegurarse que tengamos una manera de contactarlo con problemas de facturación o programación. En caso de que recibamos correo devuelto probaremos en número de teléfono que figura se archivó. Si nos devuelve el correo, intentaremos llamarle al número de teléfono que figura en su expediente. Si no podemos comunicarnos con usted, su cuenta puede ser enviada a colecciones.

Comunicaciones con usted: Usted acepta que para que podamos atender su cuenta o cobrar cualquier deuda que pueda tener, nosotros, nuestros agentes, cesionarios y terceros o agentes de servicio pueden ponerse en contacto con usted por teléfono en cualquier número de teléfono asociado a su cuenta, incluidos los números de teléfono celulares, lo que podría resultar en cargos a usted. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales, dispositivos de marcación automática y/o mensajes de texto, según corresponda.

Usted acepta que nosotros, nuestros agentes, cesionarios, terceros o agentes de servicio podamos, por propósitos de entrenamiento o para evaluar la calidad del servicio, escuchar una conversación telefónica grabada que mantenga con nosotros y/o nuestros agentes, cesionarios, terceros o agentes de servicio.

Cheques devueltos/reembolsos: SFP cobra un cargo de \$50, ADEMÁS DE NUESTROS CARGOS BANCARIOS, por cualquier cheque devueltos.

Los créditos del paciente/garante por montos inferiores a \$5.00 se retendrán en la cuenta para acreditarlos a saldos futuros, a menos que se reciba una solicitud de reembolso por escrito. Los montos de \$5.00 o más se reembolsarán automáticamente al paciente/garante.

Formularios para otras formas de reclamos de seguro/discapacidad, etc.: Cobramos una tarifa de \$25 por cada formulario suplementario que usted solicite que llenemos por usted. Esto incluye, pero no se limita a, seguro suplementario (por ejemplo, seguro de vida, AFLAC), formularios de reclamo de discapacidad a corto/largo plazo, formularios FMLA, declaraciones del médico y formularios de licencia médica. Esta tarifa debe pagarse en el momento de entregar los formularios. Los formularios no podrán completarse hasta que la tarifa se pague por completo.

Faltas de asistencia/anulaciones tardías: Entendemos que en ocasiones surgen problemas urgentes y usted no puede acudir a la cita programada. Por favor, comprenda que las citas incumplidas también representan un coste para nosotros, y para otras personas que están esperando ser atendidas por el proveedor. A menos que haya una emergencia, la cancelación debe hacerse UN DÍA HÁBIL COMPLETO antes de la cita. Por ejemplo, las citas del lunes deben cancelarse a más tardar el jueves por la tarde. Nos reservamos el derecho de facturarle por su(s) cita(s) perdida(s) o cancelaciones tardías de la siguiente manera: \$50 por visita médica perdida. Los cargos por citas perdidas deben ser pagados en su totalidad antes de reprogramarlas.

☐ Rechazo recibir mensajes de texto de la SFP.

Imprimir Nombre: _____

Firma: _____

Si lo firma una persona distinta del paciente, especifique su relación con el paciente: _____

Fecha: _____



Formulario de divulgación HIPAA

Recepción de las Prácticas de Privacidad: Al firmar este formulario de consentimiento, reconozco que una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Sapphire Family Practice está disponible para mí a solicitud. Entiendo que una copia de este formulario de consentimiento puede ser utilizada con la misma efectividad que el original.

Autorizo a cualquier miembro del personal de Sapphire Family Practice a divulgar mi información médica protegida ("PHI") a la parte o partes indicadas:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

☐ Rechazo la divulgación de mi información.

Firma: _____

Si lo firma una persona distinta del paciente, especifique su relación con el paciente: _____

Fecha: _____



Authorization to Release Healthcare Information

Patient Name: _____

DOB: _____ Phone Number: _____

Release Information FROM:

☐ Sapphire Family Practice

☐ Other, specify organization: _____

Street: _____

City: _____

State: _____ Zip Code: _____

Phone: _____

Fax: _____

Release/Send Information TO:

☐ Sapphire Family Practice

Attn: _____

Fax: 540-217-5169

☐ Other, specify organization: _____

Street: _____

City: _____

State: _____ Zip Code: _____

Phone: _____

Fax: _____

Records or Reports to be Released

☐ All healthcare information

☐ Health information relating to the following treatment, conditions, or dates: _____

☐ Other: _____

Definition: Sexually Transmitted Disease (STD) as defined by law, RCW 70.24 et seq., includes herpes, herpes simplex, human papilloma virus (HPV), genital wart(s), condyloma, Chlamydia, non-specific urethritis, syphilis, VDRL, chancroid, lymphogranuloma venereum, Human Immunodeficiency Virus (HIV), Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), and gonorrhea.

☐ Yes, I authorize the release of my STD results, HIV/AIDS testing, whether negative or positive, to the person(s) listed above. I understand that the person(s) listed above will be notified that I must give specific written permission before disclosure of these test results to anyone

☐ No, I do not authorize.

Drug, Alcohol or Mental Health Treatment

☐ Yes, I authorize the release of my records regarding drug, alcohol, or mental health treatment to the person(s) listed above.

☐ No, I do not authorize.

Patient / Representative Signature: _____

If signed by someone other than the patient, please specify relationship to the patient: _____

Date: _____

Cuestionario clínico para pacientes nuevos

Farmacia preferida (nombre y ubicación): _____

Médico de cabecera anterior (clínica, ubicación y proveedor): _____

Alergias (incluya todas las alergias, como medicamentos, comidas, ambiente, etc.) _____

Medicamentos

(lista de TODOS los medicamentos que está tomando actualmente. Incluya todas las vitaminas/suplementos, de venta libre, recetados, etc.)

Nombre y dosis (mg, mcg, mL, unidades, ect.)	¿Cuántos? (# de comprimidos/cápsulas)	Frecuencia (¿Cuántas veces al día?)
**Si los medicamentos exceden el espacio proporcionado, adjunte una hoja aparte.		

Historia quirúrgica

Procedimiento/cirugía	Proveedor/Institución	Fecha

Equipo médico

(Enumere todos los demás proveedores a los que acude, como especialistas, dentistas, oftalmólogos, etc.)

Nombre del proveedor	Especialidad

Historia social

(Marque con un círculo su respuesta a continuación)

Situación matrimonial	☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)
Hijos	Si ☐ No ☐ Cuántos en caso afirmativo: _____
Situación de empleo	☐ Empleado(a) ☐ Desempleado(a) ☐ Discapacitado(a) ☐ Jubilado(a) Empleador: _____ Puesto de trabajo: _____

Historia familiar

Miembro de la familia	¿Vive?	Condiciones médicas/problemas de salud
Madre		
Padre		
Hermano(s)		
Abuela materna		
Abuelo materno		
Abuela paterna		
Abuelo paterno		
Otro(s)		

Cuestionario sobre consumo de alcohol, tabaco, nicotina y drogas

¿Fuma cigarrillos o cigarros?	Si No En caso afirmativo, ¿cuántos cigarrillos al día? ¿Vape o cigarrillo electrónico? _____ ¿Ex fumador? _____
¿Consume tabaco sin humo? (Tabaco de mascar)	Si No En caso afirmativo, ¿qué y con qué frecuencia? _____
¿Ha consumido otras drogas? (marihuana, cocaína, heroína, opiáceos, etc.)	Si No En caso afirmativo, ¿qué y con qué frecuencia? _____
¿Bebe alcohol?	Si No ¿Cada cuánto? _____ Nunca _____ Mensualmente o menos _____ 2-4 veces al mes _____ 2-3 veces por semana _____ 4 o más veces por semana ¿Cuántas bebidas te tomas en un día? _____ 0 _____ 1 - 2 _____ 3 - 4 _____ 5 - 6 _____ 7 - 9 _____ 10 o más ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas en una ocasión? _____ Nunca _____ Menos de una vez al mes _____ Mensualmente o menos _____ Semanalmente _____ Diariamente o casi diariamente