



Tuality Healthcare
Building a healthier community

Hillsboro Internal Medicine
Hillsboro Surgical Associates
Hillsboro Hematology & Oncology
Orenco Station Medical Group
Tuality Obstetrics & Gynecology
Scott Armstrong, M.D.

Sabine Meyer, M.D., PhD
Maureen Nash, M.D.
Westside Medical Clinic
Westside Urology Associates
Northwest Orthopaedic Surgery and Sports Medicine

INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre:

Primer nombre

Inicial segundo nombre

Apellido

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Sexo:

N° de Seguro Social:

Estado Civil:

Teléfono: Domicilio

Durante el Día o el Trabajo

Empleador:

Ocupación:

¿Cuánto tiempo?

Dirección de Correo:

Dirección de domicilio:

Ciudad

Estado

Código postal

(si es diferente a la

Dirección de Correo):

Ciudad, Estado

Código postal

Correo electrónico:

Instrucciones por Adelantado
Si tiene instrucciones por anticipado,
por favor entréguenos una copia.

Si no llegara a tenerlas, ¿desearía
obtener ayuda para rellenarlas? **Sí No**

Derechos y Responsabilidades
Desearía obtener una copia de los
derechos y responsabilidades

Sí

No

Aviso De Investigación Genética
He recibido la notificación de exclu-
sión voluntaria de la investigación
genética

Sí

No

Si sí, Información entregada al paciente / familia _____ Fecha _____

Iniciales

PADRE o PERSONA RESPONSABLE (si es diferente al paciente):

Nombre:

Primer nombre

Inicial segundo nombre

Apellido

Teléfono del Domicilio:

Teléfono del trabajo:

Dirección de Correo:

Ciudad

Estado

Código postal

Fecha de Nacimiento:

N° de Seguro Social:

Empleador:

Relación con el Paciente:

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de un amigo o pariente (encierre en un círculo uno de los dos) que no viva con usted, a quien pueda contactar en caso de emergencia:

Nombre:

Teléfono:

POR FAVOR VOLTEE LA HOJA...

Por favor, suministre a la oficina principal su tarjeta o tarjetas de seguro y su licencia de conducción.

INFORMACIÓN ACERCA EL SEGURO¿Sus consultas se deben a un accidente automovilístico o a una lesión en el trabajo? **Sí** **No**¿Usted tiene un pago complementario? **Sí** **No** Cantidad \$ _____

Compañía de seguros principal: _____ Grupo # _____ Identificación # _____

Nombre de la persona asegurada: _____ Fecha de nacimiento _____ Parentesco con el paciente _____

Compañía de seguros secundaria: _____ Grupo # _____ Identificación # _____

Nombre de la persona asegurada: _____ Fecha de nacimiento _____ Parentesco con el paciente _____

CRÉDITO Y POLÍTICA DE PAGO

Los pacientes se responsabilizan de todos los pagos que resulten del tratamiento. Como parte de nuestro servicio le facturaremos a casi todas las compañías de seguros. Los pagos complementarios que se establezcan en su plan de seguro médico, se abonarán al momento de obtener el servicio. El pago de algún saldo que no se encuentre cubierto por la compañía de seguros, deberá efectuarse dentro de los 30 días, a menos que se acuerde lo contrario. Los pacientes de cabecera que cuenten con un saldo en mora, deberán abonar el pago al momento de recibir el servicio. Si no tiene los medios para pagar, se reprogramará su cita. Se atenderán a los pacientes remitidos del hospital Tuality Community Hospital o del Hospital Tuality Forest Grove que hayan ingresado a la sala de urgencias, sin tener en cuenta su capacidad de pago al momento de recibir la atención.

Los pacientes nuevos, que no estén asegurados, deberán pagar la suma de 80.00 dólares por el equivalente al costo de su primera consulta en el momento de recibirla. El saldo restante se facturará al paciente. Los pacientes de cabecera, que no estén asegurados, deberán pagar la suma de 50.00 dólares por cada consulta. El saldo restante se facturará al paciente.

Si usted se ve involucrado en dificultad financiera se le podrá brindar asistencia disponible para pagar la atención. Sírvase solicitar información en la recepción.

MEDICARE: Los médicos de esta oficina son proveedores participantes en Medicare.

PLAN DE SALUD DE OREGON: Para recibir tratamiento, debe estar cubierto actualmente por el Plan de Salud de Oregon y estar asignado a un plan de salud en el que participe esta clínica. Se pide comprobante de cobertura en el momento del servicio.

COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES: El pago por el tratamiento atribuido a una lesión laboral es pagadero de acuerdo con las leyes vigentes. Si la reclamación es denegada, los pacientes son responsables del pago del tratamiento.

CONSENTIMIENTO-AUTHORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN-ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS-CONVENIO/CONTRATO

Autorizo y doy mi consentimiento para cualquier tratamiento que los médicos consideren necesario o conveniente.

Por medio de la presente autorizo a Tuality Healthcare y/o a un profesional de la salud a proporcionar a mi compañía de seguros cualquier información que se obtenga como producto de mi tratamiento según lo aplique la ley. También autorizo que se divulgue información a cualquier socio comercial del Hospital Tuality Healthcare y/o al profesional de la salud como recurso necesario para llevar a cabo el tratamiento, efectuar el pago o las operaciones de cuidado médico, que incluye proporcionar información a Tuality Health Alliance y a los grupos que efectúan gestión de utilización o gestión de la calidad de utilización.

He suministrado a la oficina un copia actualizada de mi tarjeta o tarjetas de seguro.

Por medio de la presente acepto completa responsabilidad de todos los gastos incurridos y también asigno a Tuality Health Care y al médico, cualquier y todo beneficio del seguro que le pertenezca a este paciente, hasta el máximo alcance de mi obligación financiera a dicho médico.

Entiendo que la cobertura del seguro es una relación entre el asegurado y su compañía de seguros y estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad financiera del pago de los gastos en que se incurra. En caso de incumplimiento en el pago, asumiré los costos de cobranza y/o los costos de la corte y los honorarios legales razonables que puedan ser requeridos. Entiendo que se me puede cobrar por las citas no canceladas a las que no me presente. La responsabilidad del pago del tratamiento relacionado con lesiones laborales estará regida por las leyes vigentes.

Firma del Paciente: _____ Date: _____
(firma del padre o tutor si el paciente es menor de edad)

Por favor escriba el nombre en letra de imprenta: _____

Por favor, suministre a la oficina principal su tarjeta o tarjetas de seguro y su licencia de conducción.