

Autorización del paciente de Mercy Wellness Clinic

Lea, escriba sus iniciales y firme a continuación:

(Iniciales) _____ **Tarjeta de crédito registrada:** entiendo que al proporcionar la información actual de mi tarjeta de crédito a Mercy Wellness Clinic, autorizo a que se cargue cualquier saldo restante después de que se hayan facturado y procesado todos los seguros registrados.

(Iniciales) _____ **Asignación de beneficios:** Por la presente autorizo el pago directamente a Mercy Wellness Clinic, por los beneficios médicos que de otro modo se me pagarían. Autorizo a mi compañía de seguros a divulgar a Mercy Wellness Clinic información sobre mi cobertura de seguro, incluida, entre otras, la verificación de mi examen y/o tratamiento a mi compañía de seguros y/o tercero pagador.

(Iniciales) _____ **Política de privacidad:** reconozco que recibí, revisé y acepto cumplir con la Política de privacidad de Mercy Wellness Clinic.

(Iniciales) _____ **Consentimiento para tratar:** Tengo el derecho legal de dar mi consentimiento para recibir tratamiento médico y quirúrgico. Autorizo y consiento voluntariamente la atención médica, el tratamiento y las pruebas de diagnóstico que los proveedores de Mercy Wellness Clinic consideren necesarios para mí. Entiendo que al firmar este formulario, doy permiso a los médicos, enfermeras y otros proveedores de atención médica para que me brinden tratamiento mientras sea paciente de Mercy Wellness Clinic.

(Iniciales) _____ **E-Prescribing:** Autorizo voluntariamente a Mercy Wellness Clinic a permitir E-Prescribing para mi receta, lo que permite a los proveedores de atención médica transmitir recetas electrónicamente a la farmacia de mi elección, revisar la información de beneficios de farmacia y el historial médico siempre que Soy un paciente en esta oficina.

(Iniciales) _____ **Política de Grabación/Foto:** Mercy Wellness Clinic no permite dispositivos de grabación en la sala de examen o áreas comunes. Nuestro personal y demás pacientes tienen derecho a su imagen y semejanza; por lo tanto, no permitimos grabaciones ni fotos de ningún tipo durante la visita. Entiendo la política y acepto cumplirla.

(Iniciales) _____ **Mensajes telefónicos:** Doy mi permiso para que Mercy Wellness Clinic deje mensajes telefónicos detallados cuando no pueda contestar el teléfono.

(Iniciales) _____ **Bienestar/Exámenes físicos anuales:** Entiendo que si estoy aquí para un examen de bienestar/físico anual, está cubierto por el seguro. Entiendo que se me puede facturar una visita regular al consultorio si hablo de otros problemas con el médico que no están relacionados con mi examen físico anual.

(Iniciales) _____ Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento poniéndome en contacto con Mercy Wellness Clinic por escrito en 18568 Forty Six Parkway, Spring Branch, TX 78070. El retiro puede resultar en el despido de la práctica.

(Iniciales) _____ Entiendo que si no cancelo una cita programada con al menos 24 horas de anticipación, estaré sujeto a una tarifa de cancelación de \$25.

Nombre del paciente/padre/tutor (letra de imprenta): _____

Firma del paciente/padre/tutor: _____

Fecha: _____

Autorización médica, esto es si desea compartir su historial médico con su cónyuge, padre, abuelo, etc.

Yo, _____, (su nombre) autorizo que mi información de atención médica sea divulgada a la siguiente persona:

Nombre de la persona: _____ Relación: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Fecha de firma: _____

1: Información del paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección de casa: _____

Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____

Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Encierre en un círculo su comunicación preferida para recibir recordatorios: correo electrónico | teléfono | texto

¿Como supiste de nosotros? _____

Farmacia preferida (ubicación) : _____

2- Portal del Paciente

¿Le gustaría tener acceso a nuestro portal de pacientes? Sí | No

**** En caso afirmativo, proporcione su correo electrónico arriba para que podamos enviarle el enlace.** Tienes 24 horas a partir de hoy para activar el portal mediante el enlace que te enviamos por correo electrónico. Para activar el portal, haga clic en el enlace, ingrese la información requerida y cree una contraseña. Con acceso al portal, podrá ver sus registros de salud, educación e información del paciente, trabajo de laboratorio y mensajes.

3- Información de contacto de emergencia

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Dirección (si es diferente a la anterior): _____

Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____

Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Dirección (si es diferente a la anterior): _____

Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____

Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

4- Información del seguro

¿Tienes seguro? Sí | No

****Si no es el titular de la póliza de su seguro, proporcione lo siguiente:**

Nombre legal del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de seguro social: _____ Relación con el titular de la póliza: _____

¿Historial médico pasado?

¿Antecedentes quirúrgicos pasados?

¿Historia médica familiar? (Problemas médicos que tienen los padres o hermanos)

¿Uso de alcohol? (marque con un círculo) Nunca / Ocasional / Frecuente / Diariamente

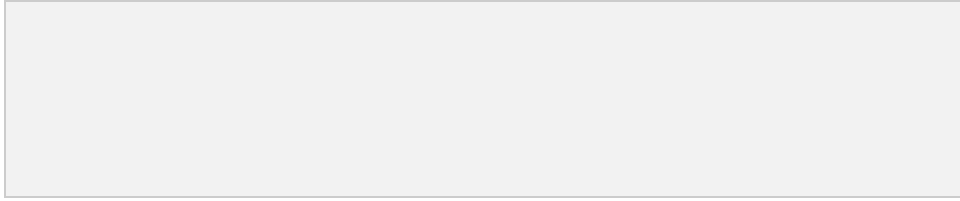
¿El consumo de tabaco? (marque con un círculo) Nunca / Ocasional / Frecuente / Diariamente

¿Alergias a medicamentos? S / N En caso afirmativo, ¿qué medicamentos?

¿Alergias no medicamentosas? S/N En caso afirmativo, indique la gravedad

Cualquier medicamento actual:

Medicamento	Dosis	Frecuencia



SOLICITUD DE REGISTROS MÉDICOS

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO DEL**

PACIENTE : _____

A (Médico/Oficina de la que estamos solicitando): _____

SU TELÉFONO : _____ **FAX :** _____

MÉDICO SOLICITANTE/CONSULTORIO: Mercy Wellness Clinic

REGISTROS MÉDICOS SOLICITADOS:

- Historial y examen físico (dentro del último año)
- Resultados de laboratorio (todos)
- Informe de radiología (todos)
- Otro: _____

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR: _____

Aviso de confidencialidad: La información contenida en este facsímil puede ser confidencial y privilegiada legalmente. Está destinado **únicamente** para el uso de la persona nombrada. Si usted no es el destinatario previsto, por la presente se le notifica que la divulgación, copia, distribución o cualquier acción relacionada con el contenido de este fax, excepto su entrega directa al destinatario previsto, está estrictamente prohibida. Si ha recibido este fax por error, notifique al remitente de inmediato y destruya esta portada junto con su contenido, y elimínelo de su sistema, si corresponde.

Aaron Terry, MD|Jamie Morris, FNP-C|Hannah Kalantari, FNP-C| Kelley Le Noir,
FNP-C|Theresa Mund, FNP-C|Jennifer Lopez, FNP-c| Jose Daniel Rodrigues Nunes, FNP-C|
18568 Forty Six Parkway #1001, Spring Branch, Texas 78070|Tel: 830-438-9300|
Fax: 830-438-9002|www.mercywellnessclinic.com