



Account #: _____

Stella Mattina Health Inc.

Phone: 214-942-3100

Locations: 1135 North Bishop Avenue. Dallas, TX 75208 | 811 W Interstate 20, Suite 212. Arlington, TX 76017 | 6300 Samuel Boulevard, #154. Dallas, TX 75228

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Estado: _____ Fecha de nacimiento: _____ # Seguro Social: _____

Etnicidad: _____ Religión: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Celular: _____ Email: _____ Ocupación: _____

Trabajo: _____ Dirección laboral: _____

Teléfono laboral: _____ Familiar: _____ Relación: _____

Celular: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

PERSONA RESPONSABLE

Nombre: _____ Relación: _____ Celular: _____

Fecha de nacimiento: _____ Ocupación: _____ # Seguro Social: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Employer: _____ Teléfono laboral: _____

Dirección laboral: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Medicare #: _____ Medicaid #: _____ Sin Seguro: _____

Farmacia de su preferencia: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Compañía de Seguro: _____ Teléfono: _____

Número de I.D.: _____ Número de Póliza: _____ Paciente referido por: _____

_____ Alergias: _____ Motivo de la visita: _____

POR MEDIO DE LA PRESENTE AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN NECESARIA PARA PROCESAR UNA SOLICITUD DE PAGO A WOMEN'S SPECIALTY CENTER Y/O STELLA MATTINA HEALTH INC. BAJO EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO. ENTIENDO QUÉ SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE MI CUENTA INDEPENDIEMENTE DEL ESTADO DE MIS RECLAMACIONES DE SEGURO. ASÍ MISMO, SOY CONSCIENTE QUÉ DE ACUERDO CON EL CONTRATO QUÉ HE FIRMADO CON MI ASEGURADOR, SE CONSIDERA FRAUDE NO PAGAR MI COPAGO O DEDUCIBLE EN EL MOMENTO DEL SERVICIO. ADEMÁS, ACEPTO EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE PAGO, ASUMIR EL COSTO DE COBRO Y/O EL COSTO DEL TRIBUNAL Y LOS HONORARIOS LEGALES EN CASO DE SER REQUERIDOS.

(Patient PRINTED Name)

(Patient Signature)

Autorización de Uso y Divulgación de Información Médica Protegida
(Página 1 de 2)

Recordatorios de cita: La práctica podría utilizar su información para recordarle de sus citas futuras. **En general, las regulaciones de privacidad de HIPAA otorga a los individuos el derecho de solicitar restricciones al uso y divulgación de su información médica protegida (PHI). El individuo tiene también el derecho de solicitar comunicación confidencial bien que dicha comunicación de PHI se realice a través de un método alternativo como el enviar correspondencia a la oficina del individuo en lugar de a su casa.**

Me gustaría ser contactado a través de los siguientes medios (seleccione todas las opciones que apliquen)

- Telefono celular: _____
- O.K. enviar mensajes SMS
- Dejar mensaje con telefono de contacto unicamente
- O.K. dejar mensaje con informacion detallada
- Comunicacion escrita: _____
- O.K. enviar correspondencia a mi casa
- O.K. enviar correspondencia a mi trabajo/oficina
- O.K. enviar fax a este numero

- Telefono laboral: _____
- O.K. dejar mensaje con informacion detallada
- Dejar mensaje con telefono de contacto unicamente
- Correo electronico: _____
- O.K. enviar informacion detallada
- Favor de no contactarme por correo electronico

Otro: _____

Otros usos y divulgaciones: La divulgación de su información médica o su uso para cualquier otro propósito distinto de los enumerados en el folleto "Aviso de Políticas y Prácticas de Privacidad" y/o consentimiento requieren su autorización específica por escrito. Si cambia de opinión después de autorizar el uso de la divulgación de su información, puede solicitar la revocación por escrito de la autorización. Sin embargo, su decisión de revocar la autorización no afectará ni deshará el uso de la divulgación de información que ocurrió antes de que nos notificara de su decisión. Así mismo, usted tiene derecho a solicitar restricciones en el uso y divulgación de su información médica:

Yo, _____, solicito las siguientes restricciones para el uso y divulgación de mi información médica:

Autorización de Uso y Divulgación de Información Médica Protegida
(Página 2 de 2)

Personas autorizadas para recibir información:

La información médica que Women's Specialty Center y/o Stella Mattina Health Inc. colecciona o recibe sobre usted puede ser divulgada con las siguientes personas:

Nombre de la persona / relación / organización

Nombre de la persona / relación / organización

Uso y Divulgación de Información:

_____ Yo autorizo a las personas enlistadas anteriormente para recibir toda mi información médica sobre citas, tratamientos y/o otra información pertinente a mi salud y/o pagos por los servicios proveídos por Women's Specialty Center y/o Stella Mattina Health Inc.

_____ Yo no autorizo que la siguiente información sea divulgada con ninguna otra persona excepto conmigo como el paciente (Favor de especificar).

Fecha de expiración de la autorización

Esta autorización es válida hasta el ____/____/____ a menos que sea revocada o terminada por el paciente o el responsable legal del paciente.

Derecho a Terminar o Revocar la Autorización

Usted puede revocar o terminar esta autorización enviando una revocación por escrito a Women's Specialty Center y/o Stella Mattina Health Inc. Usted debe comunicarse con el FUNCIONARIO DE PRIVACIDAD u otro representante autorizado para cancelar esta autorización.

Potencial de Nueva Divulgación

La persona u organización a la que se le envía la información médica puede divulgar repetidamente información médica identificada por esta autorización. Es posible que la privacidad de esta información no este protegida por las regulaciones federales de privacidad.

(Patient PRINTED Name)

(Patient Signature)

Date: ____/____/____

FINANCIAL WAIVER

PATIENT NAME:

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DATE OF BIRTH:

FECHA DE NACIMIENTO: _____

I UNDERSTAND AND AGREE THAT I AM FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR ANY AND ALL MEDICAL SERVICES NOT COVERED BY MY INSURANCE PLAN. IT IS MY DESIRE TO RECEIVE MEDICAL SERVICES AND PAY THE FEES AT THE TIME SERVICES ARE BEING RENDERED.

YO ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO QUÉ SOY ECONOMICAMENTE RESPONSABLE POR LOS SERVICIOS MEDICOS QUÉ NO SON CUBIERTOS POR MI PLAN DE ASEGURANZA. ES MI VOLUNTAD RECIBIR Y PAGAR LOS SERVICIOS MEDICOS AL MOMENTO DE SER PROPORCIONADOS.

SERVICES REQUESTED: _____

SERVICIOS REQUERIDOS: _____

(Patient PRINTED Name)

(Patient Signature)

Date: ____/____/____