

460 Wilson Avenue, Primer Piso, Versailles, KY 40383
 Teléfono: (859) 879-0111 Fax: (859) 879-0363

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre: _____ MI: _____ Apellido: _____
 Dirección postal: _____ City: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Dirección Calle (si es PO Box): _____ City: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono: (____) _____ Teléfono Celular: (____) _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____
 Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ Sexo: Hombre Mujer
 Situación laboral: Tiempo completo Auto Jubilado Sin empleo
 Lugar de Trabajo: _____ Ocupación: _____
 Dirección postal: _____ City: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Apartado
 Carrera: Asiático Negro / afroamericano Hispano Blanco / Caucásico Otro _____
 Etnia: Hispano No-Hispano
 Idioma: Inglés Español Otro _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ MI: _____ Apellido: _____
 Dirección postal: _____ City: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Dirección Calle (si es PO Box): _____ City: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono: (____) _____ Teléfono Celular: (____) _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____
 Relación con el paciente: _____

RECORDATORIOS DE CITAS AUTOMÁTICOS

Versalles Medicina Familiar ofrece ahora telefónicas, texto y mensajes de correo electrónico automatizado para recordatorios de citas y otras notificaciones de oficina, tales como cierres de tiempo severo. Por favor, indique la siguiente información para participar.

Número de contacto preferido: Teléfono de la casa Teléfono Móvil Teléfono de trabajo
 Método preferido del contacto: Llamada de voz Mensaje de texto (se aplican tarifas de mensajes de texto estándar)
 Hora del día preferida: Mañana (9:00 am) Tarde (15:00) Noche (6:00 pm)

PORTAL DEL PACIENTE

VFM ha lanzado un sitio web, conocido como un portal para pacientes, que contiene información y herramientas como los registros médicos, pedidos de reposición, resultados de laboratorio, etc. Esperamos que este portal, junto con el programa de notificación de mensaje anterior, nos permitirá mantener a nuestros pacientes mejor informados sobre su atención médica desde la comodidad de su propio hogar 24/7.

Por favor, indique la dirección de correo electrónico preferido, en su caso, recibir mensajes a través del portal de pacientes.
 Mediante Versalles su dirección de correo electrónico en nuestro sistema, nuestro sistema de historia clínica electrónica generará automáticamente un nombre de usuario y contraseña para su cuenta de portal y enviarlas por correo electrónico a usted.
 Para más información sobre el portal, visite nuestro sitio web en www.versallesmed.com / contraseña,

Dirección de correo electrónico preferido: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Tiene seguro de salud? Sí No
 Seguro Primario: _____ identificación del suscriptor #: _____ Grupo #: _____
 Titular de la Tarjeta Nombre: _____ MI: _____ Apellido: _____
 Dirección De Empleo (si es diferente a la anterior) _____ Ciudad: _____
 Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: (____) _____ Celular: (____) _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____
 Seguro Secundario: _____ Subscriber ID #: _____ Grupo #: _____
 Titular de la Tarjeta Nombre: _____ MI: _____ Apellido: _____

Dirección De Emergencia (Si es diferente a la anterior) _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: (____) _____ Celular: (____) _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____

¿Es esta visita relacionada con una reclamación de indemnizaciones por accidentes de auto o los trabajadores? Sí

Fecha del accidente: _____ Reclamo #: _____ persona Reclamación Contacto: _____

Dirección de facturación de reclamación: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

*** ESTA INFORMACIÓN DEBE COMPLETAR UNA CITA PARA UN ACCIDENTE DE LESIONES RELACIONADAS! ***

PARTE RESPONSABLE

Si el paciente anterior es menor de edad, por favor indicar su parte responsable a continuación.

Marque la casilla si la información es la misma que la información de contacto de emergencia arriba.

Sin embargo, por favor asegúrese de indicar Fecha de nacimiento de la parte responsable y SSN continuación.

Nombre: _____ MI: _____ Apellido: _____

Dirección postal: _____ City: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección Calle (si es PO Box): _____ City: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (____) _____ Teléfono Celular (____) _____ Teléfono del trabajo (____) _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ Sexo: Hombre Mujer

Relación con el paciente: _____

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por favor escriba alguna de las personas a quienes se les concede el acceso a obtener cualquiera de la información médica del paciente:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

¿Tenemos su permiso:

para dejar un mensaje en su contestador automático a casa? _____

para dejar un mensaje en su lugar de trabajo? _____

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Indique su farmacia preferida a continuación.

Farmacia Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ City: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

PACIENTE Y FAMILIA HISTORIA MÉDICA

Enfermedad	Paciente	Padre	Madre	Paternal Abuelos	Maternal Abuelos	Hermanos
* Indicar si fallecida -----						
Alcoholismo						
Artritis						
Asma						
Trastorno de la coagulación						
Cáncer						
Los pólipos de colon						
Diabetes						
Epilepsia						
Enfermedad del corazón						
Colesterol Alto						
Hipertensión						
Enfermedad renal						
Enfermedad Mental						
Trastorno de la piel						
Carrera						
Suicidio						
Tuberculosis						
Otro						

HOSPITALIZACIONES

Motivo de ingreso _____ Hospital _____ Mes / Año _____

OPERACIONES Y PROCEDIMIENTOS

Nombre

Mes / Año

Alergias a los medicamentos

ALERGIAS NO CONOCIDOS
NOMBRE DEL MEDICAMENTO TIPO DE REACCIÓN

MEDICAMENTOS ACTUALES

NOMBRE DOSIS VECES POR DÍA RAZONES PARA TOMAR

HISTORIA SOCIAL

De fumar	Sí	No	Si es así, ¿cuánto tiempo? Packs?
Tabaco sin humo	Sí	No	Si es así, ¿qué tipo (s)? Cuánto tiempo?
Alcohol	Sí	No	Si es así, ¿cuánto tiempo?
Recreativo Uso de Drogas	Sí	No	Si es así, ¿qué tipo (s)? Cuánto tiempo?
Estado Civil	Sí	No	Si es así, ¿cuánto tiempo?
Niños / hijastros	Sí	No	Si es así, ¿cuántos?
Ocupación	Tipo de trabajo Si es así, ¿cuánto tiempo?		
Religioso	Sí	No	
Ejercicio	Sí	No	Si es así, ¿cuánto de cada día?
Cafeína	Sí	No	Si es así, ¿cuánto de cada día?
Sexualmente Activo	Sí	No	
Viajar fuera de los Estados Unidos	Sí	No	Si es así, ¿a dónde?
Exposición Ocupacional	Sí	No	
Detector de humo	Sí	No	
Mascotas	Sí	No	Si es así, ¿cuántos? ¿Qué tipo?

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE
**** ESTE DEBE SER FIRMADO PARA SER TRATADA! ****

- Yo, el abajo firmante, autorizo al siguiente tratamiento:
 - Administración y el rendimiento de todos los tratamientos
 - La administración de los anestésicos necesarios
 - La administración de vacunas recomendadas para un determinado grupo de edad y / o estado de la enfermedad
 - El rendimiento de los procedimientos que se considere necesario o conveniente para el tratamiento de este paciente
 - Uso de la medicación prescrita, que puede incluir sustancias controladas
 - Rendimiento de diagnóstico procedimientos / pruebas, culturas, biopsias y cirugía
 - Rendimiento de otras pruebas de laboratorio médicamente aceptados que puede ser considerado médicamente necesario o conveniente basado o el juicio del médico tratante o sus designados asignados
- Entiendo perfectamente que esto se da antes de cualquier diagnóstico o tratamiento específico.
- Comprendo que este consentimiento continúe en la naturaleza, incluso después de un diagnóstico específico se ha hecho y el tratamiento recomendada. El consentimiento permanecerá en pleno vigor hasta que sea revocada por escrito.
- Entiendo que Versalles Medicina Familiar, PLLC puede incluir consentimiento en oficinas satélite de propiedad común.
- El abajo firmante, reconozco que Versalles Medicina Familiar, PLLC va a usar y divulgar mi información para la propósito de tratamiento, pago y operaciones de atención médica como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- Una fotocopia de esta autorización se considerará tan válida como el original.

- PACIENTES DE MEDICARE: Autorizo a divulgar información médica sobre mí a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios para mi reclamaciones de Medicare.
~~Por~~ Los beneficios pagaderos por servicios a Versalles Medicina de Familia,

Inicial del Paciente: _____ **Yo reconozco que se me ha dado la Medicina Familiar Versalles, PLLC Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que si tengo preguntas o quejas que debería ponerse en contacto con el Oficial de Privacidad.**

Certifico que he leído y entendido completamente las declaraciones y consentimiento anteriores completamente y de forma voluntaria a su

_____	_____
Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
_____	_____
Paciente (o Persona Responsable) Firma	Fecha de hoy

INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD (PHI) COMUNICADO y HIPAA CONSENTIMIENTO
A partir del 21 de febrero 2014

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida. Una sección sobre Derechos del paciente describiendo sus derechos bajo la ley. Si usted no tiene el derecho de firmar este consentimiento y antes de cualquier servicio que se presta a usted por la práctica. El Versalles de Familia se reserva el derecho de cambiar el Aviso de las Políticas de Privacidad. Si usted desea más información sobre HIPAA, puede contactar al Oficial de la Práctica o preguntando a la recepcionista del proveedor.

Al firmar este formulario, usted reconoce que se le ha dado la oportunidad de leer Aviso de Privacidad de la clínica Prácticas previas a cualquier servicio que se presta a usted por esta práctica, y usted da su consentimiento para el uso y divulgación de su información médica a otros profesionales de la salud involucrados en su cuidado y para el tratamiento, pago y atención médica operaciones. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, firmada por usted. Si usted revoca este consentimiento, nosotros hemos hecho en dependencia de su consentimiento previo. En la Práctica de Versalles de Familia, PLLC de Responsabilidad (HIPAA) y Tecnología de la Información de Salud para Económico y la Ley de Salud Clínica (HITECH).

Autorizo Médicos / personal de Versalles Medicina Familiar, a divulgar información referente a mi condición y / o la atención a aquellas personas que se mencionan a continuación:

Nombre

Fecha de Nacimiento

Relación

Médicos Versalles medicina familiar / personal pueden ponerse en contacto conmigo en la siguiente manera (marque todo lo que corresponda):

CASA DE TELÉFONO: _____ CELULAR TELÉFONO: _____
¿Se puede dejar mensaje detallado en el contestador ¿Se puede dejar mensaje detallado de correo de voz con
¿Se puede dejar el mensaje con sólo número de rellamada mensaje detallado
¿Se puede dejar mensaje detallado con miembro de la familia ¿Se puede dejar el mensaje con sólo número de rellamada
Quien? _____

TRABAJO DE TELÉFONO: _____ COMUNICACIÓN ESCRITA
¿Se puede dejar mensaje en el correo de voz con detallada mensaje Aceptar para enviar por correo a mi dirección de casa
mensaje Aceptar para enviar a mi trabajo / dirección de la oficina
¿Se puede dejar el mensaje con sólo número de rellamada Aceptar para enviar por fax a este number _____
¿Se puede dejar el mensaje con un compañero de trabajo Aceptar para enviar por correo electrónico a la siguiente dirección de correo electrónico:
Quien? _____

He leído y comprendido la Medicina Aviso Versalles Familia de Normas de Privacidad (Privacy Policy) y entender / autorizar este formulario de consentimiento mediante la firma de abajo.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del Paciente / Representante legal: _____ Fecha: _____

Si Representante Legal, la relación con el paciente: _____

Página 7

Autorización para divulgar Información de Identificación del Paciente Salud

Nombre del paciente: _____ Número de Seguro Social: _____
Paciente Dirección: _____ Teléfono: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo, _____, Herby autorizo Versalles Medicina Familiar, PLLC para recibir o divulgar mi información de salud protegida se describe a continuación a / desde: _____ (Nombre)
_____ (Dirección)

El propósito de solicitar esta versión de la información es (marque uno):

a petición de la persona
otros medios (describir) _____

Esta autorización para el uso y / o divulgación se aplica a la información que se describe a continuación:

Completas de Registros Médicos
Todas y todos los registros en poder de Versalles Medicina Familiar, PLLC incluida la salud mental,
Registros de abuso de VIH y / o sustancia (de la cruz cualquier artículo que usted no autoriza que se publicará)
Los registros relativos a tratamiento para la siguiente condición de la lesión: _____
Los registros que abarcan el período de tiempo a _____
Otros (especificar - incluye fechas) _____

Esta es la cantidad mínima de información necesaria para la finalidad descrita anteriormente. Ninguna otra información se ser revelada.

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, enviando tales escritos notificación a Versalles Medicina Familiar, PLLC., 360 Amsden Avenue, Suite 504, Versailles, KY 40383. También Entiendo que mi revocación no es efectiva en la medida en que las personas que he autorizado a utilizar y / o divulgar mi información de salud protegida haber actuado basándose en esta autorización.

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización y que Versalles Medicina Familiar, PLLC no puede condicionar mi tratamiento o el pago de si firmo esta autorización.

Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por las leyes y reglamentos federales con respecto a la privacidad de mi salud protegida información.

Esta autorización se vence un (1) año desde la fecha de la firma a menos que una fecha o evento específico es cotizada: _____

Certifico que he recibido una copia de esta autorización. Entiendo que esta solicitud debe ser llenada en su totalidad a asegurar la liberación oportuna de mi información.

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Nombre del Paciente o Representante Personal

Testigo

Página 8

POLÍTICA FINANCIERA

Estamos comprometidos a ofrecerle la mejor atención posible. Con el fin de ofrecerle un mejor servicio, **Familia Versalles La medicina** ha adoptado la siguiente política financiera. Por favor, leer y familiarizarse con esta facturación y política de pago para evitar futuros malentendidos. Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en hablar con el oficina de facturación.

1. Todos los copagos son debidos en el momento se prestó el servicio. Si usted tiene un saldo pendiente en la hora de su cita, hay que recoger al menos el 25% de su saldo pendiente de pago más su copago a está por verse. Por otra parte, recambios también pueden ser rechazadas si el saldo de cuenta está vencida.

2. Todas las cuentas de más de 90 días de atraso se pueden enviar a una agencia de cobros.

VFM ~~Cobro Sistema de~~ ~~que~~ recogen los saldos de cuentas vencidas paciente.

~~Si usted decide continuar con el tratamiento, su saldo de 90 días de su saldo se debe.~~

~~Si usted tiene alguna pregunta con respecto a nuestra oficina durante este periodo y que estará encantado de ayudarle.~~

~~Saldo pendiente de la cuenta en el despido.~~

Al firmar a continuación, usted se compromete a pagar todos los costes de recogida, incluyendo honorarios de abogados, gastos de cobranza, y honorarios contingentes a las agencias de cobro de hasta el 40%.

~~Señalará los métodos de pago de dicho honorarios y contingencia a la agencia de cobranza.~~

3. Las siguientes listas de nuestros planes de seguro más populares de la red.

Tenga presente que es el paciente quien se en contacto con su compañía de seguros para determinar sus beneficios con VFM.

Además, VFM puede que tenga que pagar el precio de auto-pago, si no tenemos la experiencia pasada con su compañía de seguros en caso VFM está fuera de la red.

Aetna

BCBS Anthem (PPO y Medicare)

Bluegrass Family Health

CIGNA

Humana PPO (NO Humana Medicare)

Kentucky Salud Cooperativa (más)

Medicaid (incluyendo Pasaporte)

Medicare (algunos planes Advantage)

United Healthcare

UMR

4. Si usted no proporciona VFM con su tarjeta de seguro, usted será personalmente responsable de todos los cargos, y podrá elaborar se le pedirá que pagar la tasa de auto-pago en el momento de su visita y / o en última instancia, ser reprogramado.

5. Todos los pacientes sin seguro médico tienen que pagar \$ 75 para una nueva visita del paciente y \$ 60 para una visita de paciente establecido más los cargos adicionales de laboratorio / procedimiento. Todos los cargos son debidos en el momento de prestar el servicio.

6. Todas las visitas de compensación vehículo de motor y los trabajadores exigen que el paciente para proporcionar VFM con su número de reclamo, Dirección de seguro / número de teléfono, y ajustador de reclamos antes de ser visto.

7. cheques devueltos por falta de fondos deben ser pagados en su totalidad dentro de 10 días con una cuota de fondos de \$ 20 no suficiente Además de la cantidad adeudada. La falta de pago dará lugar a un posible despido de VFM y su cuenta es entregado a la Oficina del Fiscal del Condado de Woodford.

Por favor, recuerde! Su cobertura médica es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Eres personalmente responsable de cualquier saldo no pagado por su compañía de seguros.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

(Firma del Responsable si el paciente es menor de edad)