



760 S. Colorado Blvd, Unit A
Denver, CO 80246
Phone 303-692-8000 | Fax: 303-300-6685
Lunes - Viernes 8:00am-8:00pm
Sabado y Domingo 8:00am-6:00pm

Registro de Paciente

Por favor llene completamente.

Nombre de Patienté: _____ Sexo: _____ Masculino _____ Femenino
Fecha de Nacimiento: _____ Anos: _____ Seguro social#: _____
Dirección /Apta #: _____ Contacto de emergencia: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono de Emergencia#: _____
Teléfono #: _____ Relación con paciente: _____
Confidencial Email: _____
Mejor Forma de Contacto: _____ Teléfono _____ Email _____
Razón de la vista: _____
¿Cómo se enteró de nosotros?
____ Google, Yahoo, Bing ____ Aseguranza ____ Escuela/Universidad ____ Manejando
____ Yelp ____ Empleador ____ Hotel/Farmacia ____ Familia/Amigos
____ Doctor de Cabecera ____ de Paciente Existentes Otro: _____

Basándonos en las regulaciones gubernamentales, debemos solicitar la siguiente información: _____ Prefiero no responder

Idioma Preferido: _____ Raza: _____ Indio Americano/Nativos de Alaska
____ Asiático
La etnicidad: _____ Hispano o latino ____ Negro/Africano Americano
____ No Hispano o latino ____ Caucásico
____ Hawaiano nativo u otras islas de pacifico

Información del Garante:

____ Compruebe si es lo mismo que la información del paciente y firme con la "X" a continuación. Si no es así, complete la sección completa y firme.

Nombre: _____ Sexo: _____ Masculino _____ Femenino
Fecha de Nacimiento: _____ Seguridad Social #: _____
Dirección /Apta #: _____ Teléfono#: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Email: _____

Reconozco la plena responsabilidad financiera por los servicios prestados y entiendo que el pago de los cargos incurridos en esta oficina es debido en el momento del servicio. También entiendo que los cargos no cubiertos por el seguro siguen siendo mi responsabilidad y asignar beneficios de seguro a esta oficina. En el caso de que mi cuenta sea entregada a una agencia de cobros, estoy de acuerdo en pagar todos los honorarios atrasados, costos de cobranza y / o honorarios de abogados y todos los costos judiciales, si los hubiera.

X: _____ Fecha: _____
Firma del Paciente / Garante (Si el paciente es menor de edad)

Consentimiento para el tratamiento: Yo, el suscrito consiento a la atención y tratamiento por el médico asistente y / o sus asociados o asistentes. Reconozco que no se ha garantizado el efecto de tal tratamiento.

X: _____ Fecha: _____
Firma del Paciente / Garante (Si el paciente es menor de edad)

Notificación de prácticas de privacidad: Yo, el abajo firmante, revisé el Aviso de prácticas de privacidad de la AFC Urgent Care y entiendo que puedo solicitar una copia de la póliza en cualquier momento.

X: _____ Fecha: _____
Firma del Paciente / Garante (Si el paciente es menor de edad)



760 S. Colorado Blvd, Unit A
 Denver, CO 80246
 Phone 303-692-8000 | Fax: 303-300-6685
 Lunes - Viernes 8:00am-8:00pm
 Sabado y Domingo 8:00am-6:00pm

Importante Información

No firme si no entiende completamente las políticas. Estamos encantados de explicar el proceso si tiene preguntas.

AFC Urgent Care Denver requiere que todos los pacientes o el garante del paciente unan una tarjeta de H.S.A., tarjeta de crédito o tarjeta de débito con el perfil de paciente o el del garante. Podemos ofrecerle dos opciones:

1.) Permítanos colocar una tarjeta de su elección en el archivo. Si tiene un saldo pendiente en la cuenta después de que el seguro procese su reclamo la tarjeta en el archivo se usara para saldar la cuenta. Usted tiene la opción de establecer un plan de pago si decide que la tarjeta archivada no sea utilizada o hacer múltiples pagos. También tiene la opción de remover su tarjeta de su archivo después de que todos los cargos hayan sido pagados.

2.) Si usted decide no colocar una tarjeta de pago en su archivo, tendrá que hacer un depósito de \$ 140 hoy en adición de su copago o de su depósito de deducible. Esta cantidad se aplicará a su saldo pendiente después de que el seguro procese su reclamo. En caso de que su seguro cubra su visita, comuníquese con el departamento de viles para iniciar el proceso de reembolso.

Esta información es necesaria antes de ser tratado (a). No podremos proporcionar tratamiento sin esta información de pago. **Esta póliza no se aplica a los pacientes con seguros de Medicaid.**

Por la presente autorizo a AFC Urgent Care Denver a cobrar mi cuenta por cualquier deducible, coaseguro, copago o servicios no cubiertos después de recibir la explicación de beneficios de mi aseguradora. Además, entiendo que, si mi tarjeta no se procesa con éxito, podría incurrir en cargos por dilatación, cargos financieros y figas por cobros. Si tiene alguna pregunta, llame a las oficinas de facturación entre lunes a viernes de 8 am a 4 pm al número telefónico 303-782-1111.

Nombre como aparece en la tarjeta

Imprimir Nombre del Paciente

Firma: _____

Fecha: _____

Firma del Paciente / Garante (Si el paciente es menor de edad)

Reconocimiento de Políticas de Narcóticos

No llenamos / rellenamos sustancias controladas de DEA tales como narcóticos, ADHD, o medicamentos de Ansiedad. Consulte a su especialista para más información. Gracias por su cooperación.

He leído y estoy de acuerdo en cumplir con la declaración anterior sobre la Política de Narcóticos de AFC Urgent Care.

Firma: _____

Fecha: _____

Firma del Paciente / Garante (Si el paciente es menor de edad)

Consentimiento de fotografía médica

Yo _____ entiendo que las grabaciones de imágenes digitales se pueden hacer y grabar. Entiendo que el término "imágenes médicas", tal como se usa aquí, incluye imágenes electrónicas e impresas. Entiendo y estoy de acuerdo en que la naturaleza del uso de estas imágenes es para propósitos de registros médicos, consulta y enseñanza. Aunque se tomarán medidas para reducir o eliminar las características de identificación, la posibilidad sigue siendo que alguien me reconozca. El uso de imágenes médicas para fines de consulta incluye compartir estas imágenes con otros proveedores de atención médica que están involucrados en el diagnóstico y tratamiento de mis condiciones. El uso de imágenes médicas para fines pedagógicos incluye el uso de mis imágenes para la enseñanza de estudiantes de medicina, médicos residentes, médicos en ejercicio y otros profesionales de la salud.

Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas relacionadas con la fotografía médica y entiendo que la negativa a consentir no afectará mi atención médica.

_____ Consiento en permitir fotografías médicas para todos los fines descritos anteriormente.

_____ No doy consentimiento para permitir la grabación o el almacenamiento de fotografías médicas.

Firma: _____

Fecha: _____

Firma del Paciente / Garante (Si el paciente es menor de edad)

Testigo Imprimir: _____

Fecha: _____

Signo de testigo: _____

Fecha: _____

** Todas las firmas en esta página son válidas por un año desde la firma y la fecha y se correlacionan con todas las visitas en ese año.*