



1295 Colorado Blvd  
Denver, CO 80206  
Phone 303-639-1000 | Fax: 720-420-9933  
Lunes - Viernes 8:00am-8:00pm  
Sábado y Domingo 8:00am-6:00pm

### Registro de Paciente

Por favor llene completamente.

Nombre de Patienté: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino  
Fecha de Acimientto: \_\_\_\_\_ 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)



1295 Colorado Blvd  
Denver, CO 80206

Phone 303-639-1000 | Fax: 720-420-9933

Lunes - Viernes 8:00am-8:00pm

Sábado 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 / rellenos 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.\*