Formulario de admisión de pacientes

"Providing Tools and Enhancing Skills To Improve Your Nutritional Health"

¡Bienvenido a AM Nutrition Services!

Complete toda la información, inicial a continuación y firme

Nombre del paciente _____ Fec. Nac. _____

Domicilio _____Ciudad_____Codigo Postal_____

de Cellular _____ (Utilizamos confirmación de texto) Correo electrónico_____

Pareja/Cuidador _____ Permiso para hablar con esta persona?

Si el paciente es menor de edad, los nombres de los padres _____

INSURANCE INFORMATION:

Seguro Primario: _____

¿Quién es el Asegurado?? PROPIO o _____Fec. Nac. _____

AM Nutrition Services Policies, please initial each and sign below:

_____Yo, el abajo firmante, certifico que yo o mi dependiente tenemos cobertura de seguro con la aseguradora mencionada anteriormente y asigno directamente a AM Nutrition Services todos los beneficios y reembolsos del seguro. Si algún cargo no está cubierto por el seguro, entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos (copagos, deducibles). Autorizo a AM Nutrition Services a presentar reclamaciones en mi nombre y a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago. Notifíquenos antes de cualquier cita si tiene un cambio en su cobertura de seguro.

_____AVISO DE HIPAA: Entiendo que mi información puede ser divulgada para cuestiones de tratamiento, pago y operaciones. Entiendo que mi dietista puede hablar con otros proveedores de atención médica para coordinar mi atención. He leído y entiendo el Aviso de Prácticas de Privacidad de AM Nutrition Services. El documento completo de HIPAA está en exhibición en la recepción para mi revisión.

_____La política de 'AM Nutrition Services requiere un aviso mínimo de 48 horas para cancelar una cita. Si se produce una acumulación de 3 cancelaciones sin previo aviso y/o no se presenta, nos reservamos el derecho de dar de alta a ese paciente de la práctica. Tenga en cuenta el número de teléfono de la ubicación de su oficina para cualquier reprogramación.

_____ Reconozco y entiendo que mi proveedor de atención médica participa en Contexture (Arizona HIE) y HealtHIE (Nevada HIE). Entiendo que mi información médica puede compartirse de forma segura a través del HIE, a menos que complete y devuelva un formulario de exclusión voluntaria a mi proveedor de atención médica.

_____Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto de AM Nutrition Services para recordatorios de citas, instrucciones de seguimiento e información general de salud. Puedo optar por no recibir mensajes de texto en cualquier momento notificando a AM Nutrition Services por escrito a info@amnutritionservices.com.

_____ **Solo para pacientes de Medicare,** se espera que Medicare pague los servicios de nutrición SÓLO para pacientes con enfermedad renal y/o diabetes. Si es paciente de Medicare y no tiene ninguno de estos diagnósticos, utilizaremos su seguro secundario. Si no hay un seguro secundario disponible, las citas seran pagadas por su cuenta.

_____ **Solo para pacientes menores (de 0 a 14 años),** doy mi consentimiento para que un padre, tutor legal o un representante autorizado esté presente en el momento de la cita de nutrición.

Nuestra politica de privacidad la puede encontar en: https://www.amnutritionservices.com/privacy-policy

Firma _____ Fecha _____/_____/_____