

**Medical Center of Marin**  
**INFORMACION DEL PACIENTE**

Chart #

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Necesario!) Casa Celular de Nacimiento

Direccion residencial: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Nombre de la Compania de Trabajo: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Su Ocupacion: \_\_\_\_\_ Nombre del Supervisor : \_\_\_\_\_ Fecha del Accidente (Lesion): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Utilizo mi mano  derecha  izquierda. Partes del cuerpo lesionado: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

Has estado lesionado de la misma manera antes?  Si  No Si la respuesta es si, la fecha y los detalles:  
Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Detalles: \_\_\_\_\_

Esta lesion fue anterior rusuelto?  Si  No Explique: \_\_\_\_\_

Has estado lesionado en el trabajo anterior de hoy?  Si  No Si la respuesta es si, la fecha y los detalles:  
Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Detalles: \_\_\_\_\_

Tiene mas de un trabajo? Si la respuesta es si, de los detalles: \_\_\_\_\_

**A Nuestros Pacientes de Rehabilitacion**

1. Terapia fisica o Quiropractica puede ser prescrita para su condicion y es esencial para su recuperacion.
2. Se le ha reservado una cita especialmente para Ud. y esperamos que Ud. cumpla con lo siguiente:
  - a. Llegar a tiempo a su cita.
  - b. Permite 45 minutos a una hora para su visita.
  - c. Siga las instrucciones del Doctor o del Terapista que esta viendo su caso. Si tiene alguna pregunta, por favor diga sus preocupaciones al Doctor o Terapista, estamos aqui para ayudarlo.
3. En caso que Ud. tenga que cancelar una cita con poco tiempo de aviso o si no se presenta a la cita, debemos concluir que Ud. no esta interesado en su recuperacion y esto puede llevar a cancelar su caso. Hay un cargo de \$35 por perder su cita si se cancela con menos de 24 horas de aviso. (Por Favor ponga sus iniciales \_\_\_\_\_ para indicar que entendio esta polisa.)
4. Si Ud. esta aqui por algun accidente de trabajo, se le notifica que su compania de trabajo sera contactada si Ud. cancela o no viene a cualquier cita.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices

Por este medio Reconozco que me han dado una copia del Centro Médico de Marín del Aviso de prácticas de privacidad. También reconozco que una copia de este documento se publica en la área de recepción, y que una copia de cualquier modificación Aviso de prácticas de privacidad estará disponible en cada cita.

Me gustaría recibir una copia de cualquier modificación Aviso De Prácticas de privacidad por correo electrónico a: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Si no firmado por el paciente, por favor indice relation:  Padre or Tutor de paciente de menor de edad  Tutor o protector de un paciente incompetente

## Poliza de Nuestra Oficina

**Bienvenido!** Estamos complacidos que Ud. esta aqui en nuestra oficina medica y le queremos hacer saber que estamos comprometidos a proveerle el mejor cuidado medico. Tambien queremos ayudarle a recibir los maximos beneficios permitidos si tiene algun seguro medico que nosotros aceptamos. Para poder hacer esto, necesitamos su colaboracion y entendimiento de nuestra poliza financiera. Por ende, le pedimos que Ud. lea y entienda lo siguiente:

- SU SEGURO MEDICO** Aceptamos los seguros Aetna, Humana, ChoiceCare y Blue Cross. Es responsabilidad del paciente saber los procedimientos que cubre su seguro. Si Ud. no puede mostrarnos una prueba de su seguro, Ud. debe pagar el total de su cuenta al momento de su visita. Si Ud. no tiene uno de estos tres seguros medicos, Ud. sera responsable de pagar la totalidad de su cuenta al momento de su visita. Nosotros le proveeremos una copia de su factura la cual podra presentarla a su seguro medico para una posible devolucion de su dinero.
- CO-PAGO** Si Ud. es miembro de Aetna, Humana, ChoiceCare o Blue Cross, y Ud. tiene un co-pago, este DEBE ser pagado al momento de su cita, ANTES de ser visto por su proveedor. Co-pagos son colectados en todas sus visitas a esta oficina, incluyendo tratamientos como chequeos de la presion arterial.
- CITAS PERDIDAS** Nosotros le reservamos una hora especial para ver a su Doctor. Muchas veces esa cita no es retenida o es cancelada con muy poco aviso como para poder hacer una cita a otro paciente. Las citas que no se cumplen o se cancelan con menos de 24 horas de anticipacion seran facturadas a un costo de \$75 para pacientes nuevos y \$35 para pacientes que regresan.
- PACIENTES SIN SEGURO** El pago debe hacerse al momento de su visita.
- TARJETAS DE CREDITO** Nosotros aceptamos pagos con tarjeta de credito si usa Visa, Mastercard o American Express.
- COPIA DE DOCUMENTOS** Cuando recibimos un requerimiento de copia de documentos medicos, nosotros proveemos una copia de sus documentos recientes a otro Doctor sin recargo alguno. Cuando un paciente requiere una copia de sus documentos personales o cuando un folder es copiado completamente, requerimos un pago adelantado de \$15 mas una cuota por cada pagina de acuerdo a la ley del Estado. El paciente tambien puede usa el servicio de una Compania de Copias.
- FORMAS Y REPORTE** El llenado de Formas consume bastante tiempo . Las formas incluyen formas de exámenes, reportes de accidents, aplicaciones para seguros y formas para participacion atletica. Nosotros no cobramos por el llenado de formas simples (menos de 1/2 hoja). Para otras formas, el cargo es de \$15 por llenado de hasta dos hojas dobles y de \$25 para formas mas largas. El pago debe recibirse antes de que las formas sean llenadas o enviadas por correo.
- SOBRE CON ESTAMPILLA** Para todas las formas requeridas, necesitamos un sobre con estampilla. Si no se recibe el sobre, se le hara un recargo de \$3 por manejo y envio .
- FORMA DE INCAPACIDAD** Las formas de incapacidad relacionadas con su visita medica seran llenadas sin costo alguno.
- COMPENSACION AL TRABAJADOR** Por favor diganos cual es su Compania de Accidentes de Trabajo, su Compania de Trabajo y el nombre del Supervisor que autorizo su caso. Yo autorizo al Doctor a relevar cualquier informacion requerida para el proceso de mi reclamo. Entiendo que si este reclamo es denegado por la Compania de Accidentes de Trabajo, Yo soy responsable por todos los cargos y el pago debe hacerse cuando Ud. reciba su factura.
- LABORATORIO QUEST** Por favor note que todos los analisis de sangre sacados en esta oficina son llevados a los Laboratorios Quest. Si su Seguro es aceptado en esta oficina pero no cubre los exámenes de Laboratorio Quest, Ud. podria recibir una cuenta muy costosa. Por favor chequee si su compania de Seguro cubre estos gastos antes de hacerse los exámenes.
- REENVASE DE PASTILLAS** Nosotros preferimos que Ud. le pida a su Farmacista que nos contacte directamente via fax.
- EXCUSA PARA NO SER** Pacientes con mas de 69 anos no necesitan excusa del Doctor para no ser jurado. Por favor dejenos JURADO saber la razon medica que le previene servir como jurado.

**Gracias por su cooperacion y entendimiento!**

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_