

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](http://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

Página 4

### 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?

Page 5

**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**

_____	_____
<b>Nombre del paciente</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>
_____	_____
<b>Paciente (o Persona Responsable) Firma</b>	<b>Fecha de hoy</b>

**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 Medicina Familiar 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. Este consentimiento se aplica a la Ley 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  
Aceptar para enviar a mi trabajo / dirección de la oficina  
Aceptar para enviar por fax a este number \_\_\_\_\_  
¿Se puede dejar el mensaje con sólo número de rellamada Aceptar para enviar por correo electrónico a la siguiente dirección de correo electrónico:  
¿Se puede dejar el mensaje con un compañero de trabajo \_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_

**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.~~

~~Antes de ir a la oficina de cobros, usted debe pagar el 25% de su saldo de su cuenta de más 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 pago 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 cobros de la cuenta de cobros y de 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)