

Carol N Abalihi MD PA  
3030 Joe Battle Ste. B  
El Paso, TX 79938  
Phone: 915-225-4470



## Patient Registration

(Registración del Paciente)

Name: \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ M/F Marital Status S M W D SEP  
(Nombre) (Fecha De Nacimiento) (Sexo) (Estado Civil)

SSN: \_\_\_\_\_ Email Address: \_\_\_\_\_ Student Yes/No  
(Seguro Social) (Correo Electrónico)(Estudiante)

Mailing Address: \_\_\_\_\_ City/State/Zip: \_\_\_\_\_  
(Dirección) (Ciudad, Estado, Código Postal)

Main Phone #: \_\_\_\_\_ Alternate Phone #: \_\_\_\_\_  
(Teléfono) (Alternativo)

Occupation/Employer: \_\_\_\_\_  
(Ocupación/Empleador)

Race (Choose Only One) Caucasian African America Asian Hispanic Native American  
American Indian Alaskan Native Hawaiian More than one race Other: \_\_\_\_\_

Spouse Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
(Nombre de Esposa/o) (Fecha De Nacimiento) (Seguro Social) (Teléfono)

Emergency Contact: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
(Contacto de Emergencia) (Relación) (Teléfono)

Reason for Visit: \_\_\_\_\_  
(Razón de la visita)

Pharmacy: \_\_\_\_\_ Pharmacy Address: \_\_\_\_\_  
(Farmacia) (Dirección De La Farmacia)

Do you have an Advanced Directive? Yes / No Do you smoke? Yes / No  
(Tiene una Directiva Anticipada) Si/ No(Fuma?) Si/ No

Patient Signature: \_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente)

**PAYMENT IS REQUIRED AT THE TIME OF SERVICE  
(EL PAGO ES REQUERIDO EN TIEMPO DE SERVICIO)**

Carol N Abalihi MD PA  
3030 Joe Battle Ste. B  
El Paso, TX 79938  
Phone: 915-225-4470



**DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA**

DATE: \_\_\_\_\_

TO: \_\_\_\_\_

DOCTOR/HOSPITAL

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Registro Medico Completo

Abuso de sustancia/dependencia

Informe Operativo

Psiquiatrico/Tratamiento Salud mental

Reporte Laboratorio/Patologia

Informacion sobre VIH/Sida

Reporte Radiologia

Prueba/Tratamiento de Transmicion Sexual

Reporte Estudio De Sueno

Otro \_\_\_\_\_

Nombre De Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Firma De Paciente: \_\_\_\_\_

Testigo/Personal de Oficina: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Persona Solicitando Registro Medico Aparte El/La Paciente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Este consentimiento es eficaz a partir de hoy y vencerá a petición. Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con este consentimiento puede ser revelada por el destinatario y no puede estar protegido por ley federal o estatal.

**Carol N Abalihi MD PA  
3030 Joe Battle Ste. B  
El Paso, TX 79938  
Phone: 915-225-4470**



**CONSENTIMIENTO PARA OBTENER HISTORIAL DE RESETAS EXTERNA**

Yo, \_\_\_\_\_, cuya firma aparece a continuación, autorizar Carol N Abalihi MD PA y sus proveedores afiliados ver historia de prescripción externa vía servicio de centro de Rx.

Entiendo que historia de la prescripción de múltiples otros proveedores médicos afiliados, compañías de seguros y administrador de beneficios de farmacia puede ser visible por mis proveedores y personal, y puede incluir prescripciones en el tiempo por varios años.

**MI FIRMA A CONTINUACIÓN CERTIFICA QUE LEÍDO Y ENTENDIDO EL ALCANCE DE MI CONSENTIMIENTO Y QUE AUTORIZO EL ACCESO**

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**Carol N Abalihi MD PA  
3030 Joe Battle Ste. B  
El Paso, TX 79938  
Phone: 915-225-4470**



## **POLITICA DE FACTURACION**

- **A continuación establece la política general de facturación de Carol N Abalihi MD PA actual información de facturación precisa en el momento del check-in y notificar de cualquier cambio en esta información.**
- **Entiendo que es mi responsabilidad saber mi oficina Co-pago y pagar antes de servicios están prestados. Entiendo que esto es un contrato que tengo con mi plan de salud y que la oficina también tiene contrato con mi plan de salud para cobrar copagos al tiempo de servicios, y están obligados a informar a la compañía cualquier afiliados cayendo para pagar t él Co-pago.**
- **Entiendo que si presento una comprobación de fondos insuficientes (cheque NSF) para el pago de mi cuenta que pagar con efectivo, giro postal, cheque o tarjeta de crédito.**
- **Tengo entendido que hay una cuota de \$25 para completar cada papeleo (por ejemplo, FMLA, discapacidad Handicap Parking permiso, escuela de física) por usted y ser completada por la oficina. Copia de pago de registro de vacunación \$10.**
- **Entiendo que la oficina verificará la elegibilidad de seguro, monto deducible y coseguro cantidades antes de mi visita que puedo tener. Entiendo que es la política de cobrar el deducible o coseguro antes de mi oficina visita. Entiendo que la cuota que estoy citado es un estimado basado en la atención esperada en la oficina para el día.**
- **Entiendo que facturarán cualquier cantidad debida por mí (copagos/coseguro cantidades/deducibles) y que tengo la responsabilidad financiera de pagar estas cantidades. Entiendo que contará con 2 dos declaraciones de cualquier saldo debido después de pago del seguro. Además entiendo que si no he hecho con anterioridad a la segunda declaración se envió por correo, que la segunda declaración se marcará como "Ultimo Aviso" y pueden ser enviado a un servicio externo de colección si intereses o gastos legales asociados con la colección esfuerzo.**
- **Entiendo que la oficina obtendrá las autorizaciones necesarias antes de hacer tratamiento. Entiendo que autorización previa es la no garantía de pago, y que soy responsable de cualquier factura no pagada por mi compañía de seguros. Entiendo que la oficina también puede tomar solicitud verbal para utilizar mi tarjeta de crédito lista para pago en mi cuenta o también puede utilizar la misma tarjeta de crédito lista en mi cuenta mi cuenta debe delinciente, o para cubrir un cheque NSF.**

**MI FIRMA A CONTINUACIÓN CONFIRMA QUE HE LEIDO EN ESTAS POLÍTICAS DE FACTURACIÓN Y MI COMO OBLIGACIÓN FINANCIERA CORRESPONDEN A LA CAROL N ABALIHI MD MÉDICO PA**

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Relacion del Paciente:** \_\_\_\_\_

Carol N Abalihi MD PA  
3030 Joe Battle Ste. B  
El Paso, TX 79938  
Phone: 915-225-4470



## ASIGNACION DE BENEFICIOS

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

Solicitar ese pago de Medicare autorizado / otros beneficios de la compañía de seguros se hizo en mi nombre a Carol N Abalihi MD PA por los servicios a mí por esa parte que acepta las asignaciones. Autorizo a cualquier sostenedor de información médica u otra información o portador de su intermediario o cualquier otro tipo de compañía de seguros. Si se completa el artículo 9 de los formularios de Reclamación HCFA 1500, mi firma autoriza liberación de proveedor se compromete a aceptar la determinación de la carga, y servicios no cubiertos.

Coaseguro y deducible son en base a la determinación de la carga por Medicare / otra compañía de seguros. En el evento es necesario referirse a esta cuenta a una agencia de colección o de honorarios de abogado. Si más de un individuo ejecuta este contrato, su responsabilidad será conjunta y varias. Todas las preguntas sobre costos deben pedirse antes de servicios están prestados. La persona responsable del pago, por favor firme abajo después de haber leído y comprender toda la información con respecto a anterior. Yo soy responsable por el saldo de mi cuenta, después de que mi seguro ha respondido. En caso de que no tengo seguro o no es válido mi seguro, soy responsable por el saldo de mis cuentas totalmente. TENGO LECTURA RECIBÍ UNA COPIA DE ESTA POLÍTICA DE PRIVACIDAD.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

SI ALGUIEN QUE NO SEA DE LAS BENEFICIARIAS ES FIRMAR ESTE FORMULARIO, POR FAVOR COMPLETE LO SIGUIENTE PARA LA PERSONA QUE FIRMA ESTE FORMULARIO.

Relación con beneficiario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección de la persona que firma: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Razon porque beneficiario no puede firmar esta forma: \_\_\_\_\_ Mediante la firma mediante del paciente, reconosco que tengo la autorizacion para harcerlo.

**Carol N Abalihi MD PA  
3030 Joe Battle Ste. B  
El Paso, TX 79938  
Phone: 915-225-4470**



**FINES DE FACTURACION**

**Nombre de Paciente:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la Tarjeta de Credito:** \_\_\_\_\_

**Numero de Tarjeta de Credito:** \_\_\_\_\_

**Tipo De Tarjeta de Credito:** \_\_\_\_\_

**Fecha Valida:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Expiracion:** \_\_\_\_\_

**Codigo de Seguridad:** \_\_\_\_\_

**Carol N Abalihi MD PA  
3030 Joe Battle Ste. B  
El Paso, TX 79938  
Phone: 915-225-4470**



## **Formulario de consentimiento paciente cumplimiento HIPAA**

**Nuestro aviso de prácticas de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar o divulgar información de salud protegida. El aviso contiene la sección de derechos de un paciente que describe sus derechos bajo la ley. Comprobar por su firma que han revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.**

**Pueden cambiar los términos de la notificación, si así, se le notificará en su próxima visita para actualizar la fecha de firma.**

**Usted tiene el derecho de limitar cómo su información de salud protegida es utilizada y divulgada para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, debemos honrar este acuerdo. La ley HIPAA (Health Insurance Portability y Accountability Act de 1996) permite el uso de la información para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud.**

**By signing this form, you consent to our use and disclosure of your protected healthcare information and potentially anonymous usage in a publication. You have the right to revoke this consent in writing, signed by you. However, such a revocation will not be retroactive. Al firmar este formulario, entiendo que:**

- Información protegida de salud puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud.
- La práctica reserva el derecho a modificar la política de privacidad según lo permitido por la ley.
- La práctica tiene el derecho a restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene por qué aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces dejará de todas las declaraciones completas.
- La práctica puede condicionar la recepción de tratamiento sobre la ejecución de este consentimiento.

**¿Podemos nosotros teléfono, correo electrónico o enviar un texto para confirmar citas? Si/No**

**¿Podemos dejamos un mensaje en su contestador en casa o en su teléfono celular? Si/No**

**¿Podemos discutir su condición médica con cualquier miembro de su familia? Si/No**

**En caso afirmativo, por favor nombre a los miembros permitidos:**

---

**Este consentimiento fue firmado por el: \_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre por favor)**

**Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_**

**Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_**

Carol N Abalihi MD PA  
3030 Joe Battle Ste. B  
El Paso, TX 79938  
Phone: 915-225-4470



# SU CITA

**Si no puede asistir a cita, entrarnos en contacto con nuestra oficina tan pronto como sea posible. Todos los NO-SHOW y cancelaciones con menos de 24 horas de antelación serán sujetas a un cargo de \$25 a su próxima cita.**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_





**Carol N Abalihi MD PA**

**Nos Gustaría sus Comentarios**

**Nombre \_\_\_\_\_ Fecha De Nac: \_\_\_\_\_**

**Me gustaría recibir informacion por correo electrónico  
Si/No**

**Dirección de correo electronico**  
\_\_\_\_\_

**Me gustaría recibir informacion por teléfono Si/No**

**Número de teléfono \_\_\_\_\_**

**Me gustaría no recibir informacion por mensaje de texto S/N  
móvil número \_\_\_\_\_**

**Gracias, no deseo recibir informacion de este oficina.**

**(inicial) \_\_\_\_\_**

**Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_**

# Carol N Abalihi MD PA

3030 Joe Battle Ste B.

El Paso TX, 79938

Phone: 915-225-4470

Fax: 915-533-8055



## Aviso de Notificación Directiva

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Tengo un abogado de atención médica

Tengo una directiva anticipada

He hablado con mi familia y mi médico sobre la atención que quiero. Si no puedo hablar por mí mismo, comuníquese con:

Nombre: \_\_\_\_\_

Numero: \_\_\_\_\_