

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

Informe Operativo

Reporte Laboratorio/Patologia

Reporte Radiologia

Reporte Estudio De Sueno

Abuso de sustancia/dependencia

Psiquiatrico/Tratamiento Salud mental

Informacion sobre VIH/Sida

Prueba/Tratamiento de Transmicion Sexual

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 delincuente, 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: _____
Direccion: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____
Telefono: _____

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.

Relacion con beneficiario: _____ Telefono: _____

Direccion de la persona que firma: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo 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

3030 Joe Battle Ste B

El Paso TX, 79938

PHONE: 915-225-4470

FAX: 915-533-8055



Autorización y no los padres / tutores para acompañar paciente

Autorización - no padre / tutor para acompañar el paciente periódicamente allí puede ser tiempos cuando usted es incapaz de traer a su niño a la oficina para una cita y necesita confiar en un amigo o miembro de la familia. Somos conscientes de estas circunstancias; sin embargo, debemos tener una carta de autorización que permite a esta persona acompañar a su hijo. La persona que a su hijo tendrá que presentar identificación con foto en el momento del servicio. La autorización da el permiso de la persona que trae a su hijo, hable con el doctor, da autorización para el tratamiento, vacunas, medicamentos y ciertos procedimientos y tomar decisiones de salud en general.

Primer Nombre (Padre/Guardian)

Segundo Nombre

Apeido

(Padres nombrados anteriormente), doy la persona permiso para llevar a mi hijo a Carol N Abalihi MD PA y a discutir/compartir información médica acerca de mi hijo a continuación. Además autorizo a ver todos los archivos médicos y hacer decisiones de atención médica de carácter rutinario según lo determinado en la discreción del proveedor de.

(Padres nombrados anteriormente), doy la persona permiso para llevar a mi hijo a Carol N Abalihi MD PA y a discutir/compartir información médica acerca de mi hijo a continuación. Además autorizo a ver todos los archivos médicos y hacer decisiones de atención médica de carácter rutinario según lo determinado en la discreción del proveedor de.

Primer Nombre (Paciente)

Segundo Nombre

Apeido

Fecha de Nacimiento

___/___/___

Nombre de persona que acompañara a su hijo (a)

Relación

Nombre de persona que acompañara a su hijo (a)

Relación

Firma de Padre/Guardian

Fecha

___/___/___

**PROGRAMA DE VACUNAS PARA NIÑOS DE TEXAS
REGISTRO DE DETERMINACIÓN DEL DERECHO A LA
PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE**

SÓLO PARA USO CLÍNICO:

TVFC Eligible:

Sí No

Debe mantenerse un registro en el consultorio del proveedor de salud que refleje el estado de todos los niños de 18 años de edad o menos que reciban inmunizaciones por medio del Programa de Vacunas para Niños de Texas (o TVFC). Dicho registro lo puede rellenar el padre o la madre, el tutor o el individuo que consta en el registro. Puede usarse el mismo registro para todas las consultas posteriores, en tanto el estado del derecho a la participación del niño no haya cambiado. Si cambia el derecho a la participación del paciente, debe rellenarse un nuevo formulario. Aunque no se requiere la verificación de las respuestas, es necesario conservar este registro, o uno similar, de determinación del derecho a la participación para cada niño que reciba vacunas bajo el Programa de TVFC.

Fecha de la determinación: _____

Nombre del niño: _____
Apellido Primer Nombre Inicial del 2.º nombre

Fecha de nacimiento del niño: _____ Edad: _____
mes/día/año

Padre o madre, tutor o individuo que consta en el registro:

Apellido Primer nombre Inicial del 2.º nombre

Nombre del proveedor o de la clínica:

Marque la primera categoría que corresponda; marque sólo una.

- (a) Está inscrito en Medicaid, o
- (b) No tiene seguro médico (no asegurado), o
- (c) Es indio americano, o
- (d) Es nativo de Alaska, o
- (e) Es un paciente que recibe prestaciones del Plan de Seguro Médico Infantil (o CHIP), o
- (f) Está subasegurado: 1) tiene seguro médico comercial (privado), pero la cobertura no incluye las vacunas; 2) el seguro cubre sólo algunas vacunas elegidas (reúne los requisitos del TVFC sólo para las vacunas no cubiertas) o 3) el seguro limita la cobertura de vacunas a cierta cantidad. Una vez alcanzada dicha cantidad de cobertura, se categorizará al niño como subasegurado.

Los niños que tienen seguro total, privado ya no reúnen los requisitos de las vacunas por medio del TVFC.

- (g) Tiene seguro privado que cubre las vacunas (no reúne los requisitos del TVFC).

Firma: _____ Fecha: _____

Con ciertas excepciones, tiene derecho a pedir y a ser informado sobre la información que el estado de Texas reúne sobre usted. Tiene derecho a recibir y examinar la información al pedirla. También tiene derecho a pedir a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine es incorrecta. Consulte <http://www.dshs.state.tx.us> para obtener más información sobre la notificación de privacidad. (Referencia: Código gubernamental, sección 652.021, 652.023, 659.003 y 659.004)

