

460 Wilson Avenue, Versailles, KY 40383
 Teléfono: (859) 879-0111 Fax: (859) 879-0363

INFORMACIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

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
 Carrera: Asiático Negro / afroamericano Hispano Blanco / Caucásico Otro _____
 Etnia: Hispano No-Hispano
 Idioma: Inglés Español Otro _____

Nombres de la madre: _____ MI: _____ Apellido: _____
 Dirección postal (si es diferente del anterior): _____ City: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono: (____) _____ Teléfono Celular: (____) _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____
 Fecha de nacimiento: _____ Número De Seguro Social: _____

Situación laboral: Tiempo completo Auto Jubilado Sin empleo
 Lugar de Trabajo: _____ Ocupación: _____
 Dirección postal: _____ City: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

De Nombres del padre: _____ MI: _____ Apellido: _____
 Dirección postal (si es diferente del anterior): _____ City: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono: (____) _____ Teléfono Celular: (____) _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____
 Fecha de nacimiento: _____ Número De Seguro Social: _____

Situación laboral: Tiempo completo Auto Jubilado Sin empleo
 Lugar de Trabajo: _____ Ocupación: _____
 Dirección postal: _____ City: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Estado civil de los padres: Individual Casado Divorciado Viudo Apartado
 Padre con custodia, en su caso: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ MI: _____ Apellido: _____
 Dirección postal: _____ 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.

Mediana Inicialles 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.

Por favor indique el contacto de nombre de usuario / contraseña,

Dirección de correo electrónico preferido: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿El paciente tiene seguro de salud? Sí No

Seguro Primario: _____ identificación del suscriptor #: _____ Grupo #: _____

Titular de la Tarjeta Nombre: _____ MI: _____ Apellido: _____

Dirección De En (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 En (Si es diferente a la anterior) _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: (____) _____ Celular: (____) _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____

PARTE RESPONSABLE

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: _____

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Indique su farmacia preferida a continuación.

Farmacia Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ City: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA

HISTORIA DE NACIMIENTO

¿La madre recibió atención prenatal? Sí No

El niño es adoptado? Sí No

¿Dónde nació el paciente? Hospital: _____ Ciudad / Estado: _____

Forma de suministro El parto vaginal C-Sección

Fue el período completo del niño o prematura? _____

Por favor escriba cualquier complicación con el embarazo o el parto: _____

DEL PACIENTE HISTORIA MÉDICA

Por favor escriba cualquier problema anteriores o actuales de salud del niño ha / tenido?

Por favor incluya la variedad de salud Cuando se diagnostican?

¿El niño tiene algún tipo de alergia a medicamentos o alimentos? No Sí
Medicación / Alimentación Reacción (sarpullido, falta de aliento, etc.)

¿Tiene el paciente tome los medicamentos a diario / frecuente? No Sí
Nombre del medicamento Fuerza Dosis y Frecuencia

¿Ha sido el niño hospitalizado? No Sí
 Motivo de hospitalización Nombre del Hospital, Ciudad, Estado Fechas de Admisión

El niño ha tenido alguna cirugía? No Sí
 Procedimiento quirúrgico Nombre del Hospital, Ciudad, Estado Fecha de la Cirugía

HISTORIA FAMILIAR

¿Hay antecedentes familiares de cualquiera de las condiciones enumeradas a continuación?
 En caso afirmativo, indique la relación con el paciente.

Enfermedad	Relación con el paciente	Enfermedad	Relación con el paciente
Asma		Problemas renales	
Alergias		Problemas hepáticos	
Trastorno de la coagulación		Enfermedad Mental	
Cáncer (tipo?)		Problemas de la piel	
Fibrosis quística		Carrera	
Diabetes		Abuso de Sustancias	
La epilepsia (convulsiones)		Enfermedad de la tiroides	
Problemas del corazón		Tuberculosis	
Problemas intestinales		Tracto Urinario Cuestiones	

HISTORIA SOCIAL DEL PACIENTE

¿De dónde viene el niño asista a la escuela o guardería? _____ Grado en la escuela? _____
 ¿Hay alguien en la casa fuma? No Sí
 ¿Hay armas en el hogar? No Sí
 ¿Hay animales domésticos en la casa? No Sí
 El niño ha viajado fuera de los Estados Unidos? No Sí, ¿dónde? _____

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 considerarse médicamente necesario o recomendable 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 Versailles Medicina Familiar, PLLC puede incluir consentimiento en oficinas satélite en virtud común propiedad.
- El abajo firmante, reconozco que Versailles Medicina Familiar, PLLC va a usar y divulgar mi información para con el 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 Seguridad Social Administración o sus intermediarios para mi cobertura de Medicare.
~~Medicina de Familia, PLLC~~

Inicial del Paciente: _____ **Yo reconozco que se me ha dado la Medicina Familiar Versailles, PLLC**
Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que si tengo preguntas o quejas que debería ponerse en contacto
Oficial de Privacidad.

Certifico que he leído y entendido completamente las declaraciones y consentimiento anteriores completamente
y otorgada voluntaria a su

_____	_____
Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
_____	_____
Paciente (o Persona Responsable) Firma	Fecha de hoy

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE MENORES

Yo, _____, el padre / tutor legal del menor se menciona a continuación, doy voluntariamente su consentimiento a Versailles Medicina Familiar para evaluar y tratar _____ (nombre del menor) nacido el _____ (Fecha de nacimiento).

A petición del menor - Da el permiso de menor importancia para programar citas y consentimiento tratamiento (s) sin permiso de los padres

Si se acompaña de la persona (s) se enumeran a continuación - da al individuo (s) nombrado abajo permiso para programar citas y consentimiento para el tratamiento (s) sin permiso de los padres

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Entiendo rutina médica de atención, tratamiento y servicios pueden incluir, pero no están limitados a: evaluación médica, examen físico, vacunas, radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico.

~~Por la presente otorgo el permiso de consentimiento (s) a la atención médica de rutina que se consideren necesarios o recomendable en el diagnóstico y el tratamiento del menor mencionado anteriormente y para recibir información de salud protegida directamente relacionados con, y para efectos de, su participación en este tipo de atención o el pago relacionado con esta atención.~~

~~Entiendo que si la transferencia de mi hijo a un hospital o sala de emergencia es necesario, autorizo a la decisión fabricante (s) nombrado anteriormente, o Versailles Medicina Familiar se debe dar el menor permiso para ser visto acompañados, a dar su consentimiento para el hospital o emergencia tratamiento en la sala de mi hijo en mi ausencia.~~

~~Entiendo obligación de ponerse en contacto conmigo si el tomador de decisiones nombrado arriba está disponible para dar su consentimiento a esta atención. persona designada como tomador de decisiones en este documento está permitida para tomar decisiones o consentimiento a la atención en mi ausencia.~~

Yo también de acuerdo en aceptar la responsabilidad financiera para toda la atención y / o servicios prestados en virtud de la presente autorización. Este acuerdo es válido por dos (2) años siguientes a la fecha de la firma de abajo menos que sean retiradas por escrito a Versailles Medicina de Familia.

Por otra parte, afirmo haber recibido la autorización de cualquier otro de los padres / tutores legales para la atención como se ha mencionado anteriormente.

Nombre del padre / tutor (Imprimir): _____

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Teléfono del día: _____ Teléfono De la Tarde: _____

Padres de Secundaria / Tutor (Imprimir): _____

Teléfono diurno secundario: _____ Secundaria teléfono tarde: _____

POLÍTICA FINANCIERA

Estamos comprometidos a ofrecerle la mejor atención posible. Con el fin de ofrecerle un mejor servicio, **Familia Versailles 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 cobra a los pacientes que recogen los saldos de cuentas vencidas paciente.

Antes de ir a cobrar, VFM le dará un aviso por escrito 90 días de su saldo se debe.

Si usted tiene alguna pregunta o necesita nuestra oficina durante este período y que estará encantado de ayudarle.

Saldo pendiente de pago de la visita 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 cobros determinados en el momento de los honorarios y la comisión a la agencia de cobranza.

3. Las siguientes listas de nuestros planes de seguro más populares de la red.

Si usted es responsable de su propia compañía de seguros, 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.

<i>Aetna</i>	<i>Kentucky Salud Cooperativa (más)</i>
<i>BCBS Anthem (PPO y Medicare)</i>	<i>Medicaid (incluyendo Pasaporte)</i>
<i>Bluegrass Family Health</i>	<i>Medicare (algunos planes Advantage)</i>
<i>CIGNA</i>	<i>United Healthcare</i>
<i>Humana PPO (NO Humana Medicare)</i>	<i>UMR</i>

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)

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 del solo propósito de una sección sobre Derechos del paciente describiendo sus derechos bajo la ley. **Antes de firmar este consentimiento** y antes de cualquier servicio que se presta a usted por la práctica. **Médica Familiar** se reserva el derecho de cambiar el Aviso de las Políticas de Privacidad. Si usted desea más información, 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 autoriza la revelación que podrá** ser utilizada en el programa de Seguridad de Salud y Medicina 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 hijo de condición y / o la atención a aquellas personas que se mencionan a continuación:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
--------	---------------------	----------

Versalles Medicina Familiar puede ponerse en contacto con _____ (nombre) de la siguiente manera: (marque todo lo que corresponda)

CASA DE TELÉFONO: _____	CELULAR TELÉFONO: _____
¿Se puede dejar mensaje detallado en responder máquina	¿Se puede dejar mensaje detallado de correo de voz con mensaje detallado
¿Se puede dejar el mensaje con sólo número de llamada	¿Se puede dejar el mensaje con sólo número de llamada
¿Se puede dejar mensaje detallado con miembro de la familia	
Quien? _____	COMUNICACIÓN ESCRITA
	Aceptar para enviar por correo a mi dirección de casa
TRABAJO DE TELÉFONO: _____	Aceptar para enviar a mi trabajo / dirección de la oficina
¿Se puede dejar mensaje en el correo de voz con detallada mensaje	Aceptar para enviar por fax a este number _____
¿Se puede dejar el mensaje con sólo número de llamada	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 divulga 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 será revelada.

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, enviando dicha notificación por escrito a Versalles Medicina Familiar, PLLC., 360 Amsden Avenue, Suite 504, Versailles, KY 40383. Yo también entiendo que mi revocación no es efectiva en la medida en que las personas que he autorizado a utilizar y / o divulgar mi salud protegida información han 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 está en la lista: _____

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