





**Ambulatory Care Clinic**  
**Royal Palms Professional Bldg. Unit #106**  
**St. Thomas, VI 00802**  
**Tel: (340)777-6423 Fax: (800)980-8620**

**Fecha:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes                      Día                      Año

**NSS:** \_\_\_\_\_

**Razón de su visita:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes                      Día                      Año

**Sexo del Paciente:** ( ) Femenino ( ) Masculino

**Nombre del Tutor Legal:** \_\_\_\_\_ **Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono#:**  
**(habitación)** \_\_\_\_\_ **(celular)** \_\_\_\_\_ **(trabajo)** \_\_\_\_\_ **Ext#** \_\_\_\_\_

**Dirección de Correo Electrónico** \_\_\_\_\_

**¿Usted posee seguro médico y/o seguro suplementario?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No  
Si usted posee una póliza, favor indique el carné de identificación con una fotografía válida.  
De ser así, nombre del empleador del suscriptor: \_\_\_\_\_

**Nombre de la Principal Compañía Aseguradora:** \_\_\_\_\_

**Identificación. #:** \_\_\_\_\_ **Grupo/Póliza#:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Principal Asegurado:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la Compañía Aseguradora Secundaria:** \_\_\_\_\_

**Identificación. #:** \_\_\_\_\_ **Grupo/Póliza#:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Principal Asegurado:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Información de Contacto de Emergencia:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Parentesco** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Parentesco** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_



**Ambulatory Care Clinic**  
**Royal Palms Professional Bldg. Unit #106**  
**St. Thomas, VI 00802**  
**Tel: (340)777-6423 Fax: (800)980-8620**

## **AUTORIZACIÓN DE PAGO AL PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS**

### **Autorización del costo a cargo del paciente:**

*Acepto que soy financieramente responsable de cualquier monto por los servicios médicos que Ambulatory Care Clinic, LLC digne correspondiente.*

\_\_\_\_\_  
Escriba su nombre en letra de molde y firma

Fecha: \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

### **Autorización del Seguro Privado para Asignación de Prestaciones Asistenciales y Publicación de Información:**

*Yo, el suscrito, autorizo el pago de prestaciones asistenciales a Ambulatory Care Clinic, LLC por cualquier servicio prestado a mi persona. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier monto que no sea cubierto por mi póliza de seguro.*

\_\_\_\_\_  
Escriba su nombre en letra de molde y firma

Fecha: \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

### **Solo pacientes afiliados a Medicare:**

*Solicito que el pago autorizado de las prestaciones asistenciales de Medicare sean hechos en mi nombre a Ambulatory Care Clinic, LLC por cualquier servicio prestado a mi persona. Autorizo al que esté a cargo de mi historia clínica, brinde a ACC y a sus agentes toda la información necesaria, ya sea por correo electrónico o fax, para determinar estas prestaciones o las prestaciones abonadas por dichos servicios.*

\_\_\_\_\_  
Escriba su nombre en letra de molde y firma

Fecha: \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

## **AUTORIZACIÓN DE SUMINISTRO DE INFORMACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

### **Autorización de suministro de información de Historia Clínica:**

*Autorizo a suministrar la información de mi compañía de seguros y/o de mi médico especialista, por correo, fax o por internet, la información concerniente a mis servicios médicos, consulta, tratamiento o de los suministros proporcionados a mi persona. Esta información será utilizada para tratamientos, pagos y operaciones. Referirse a la política de privacidad.*

\_\_\_\_\_  
Escriba su nombre en letra de molde y firma

Fecha: \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

Nombre y firma del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

# **Autorización HIPPA (Cumplimiento de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos) del Paciente en Ambulatory Care Clinic, LLC.**

**Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad brinda información sobre cómo podemos usar o divulgar su información médica protegida y sus derechos como paciente con respecto a dicha información. Favor revisar cuidadosamente.**

La HIPPA (Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996) permite el uso de la información de servicios médicos para tratamientos, pagos o prácticas de atención de salud.

Los Términos del aviso pueden cambiar, de ser así, será notificado en su próxima visita para actualizar su firma/fecha.

Mientras recibe atención médica como paciente en Ambulatory Care Clinic, LLC podríamos hacer uso de la información de servicios médicos brindados a usted de las siguientes maneras:

- Su Información Médica Protegida (PHI), incluyendo su expediente clínico, puede ser divulgado a otros proveedores de atención médica u hospital de ser necesario referirlo para posterior diagnóstico, evaluación o tratamiento.
- Su expediente médico, así como también sus registros de facturación pueden ser divulgados a partes interesadas, como aseguradoras, HMO, PPO, nuestro departamento de facturación, nuestro laboratorio afiliado (LabCorp), su tutor legal o su empleador, si se encuentran o son responsables del pago de los servicios brindados a usted.
- Su información demográfica incluye su nombre, dirección, número telefónico y su expediente médico puede ser usado para contactarlo sobre recordatorios de citas, o alguna otra información que pueda ser de su interés. Si no se encuentra en casa para recibir información sobre atención médica o preguntas sobre facturación, se dejará un mensaje en su buzón de voz o con su tutor legal en su hogar. Tiene el derecho a la comunicación confidencial y a pedir restricciones a dicho contacto. También tiene el derecho a ser contactado de otras maneras (ejemplo: correo electrónico o postal) y/o ubicaciones alternativas de ser necesario.
- Tiene el derecho de recibir y /o usar cualquier tipo de divulgación de su información financiera hecha por esta oficina, otra aparte de la mencionada anteriormente será hecha con su autorización escrita.
- Si proporciona la autorización por este aviso de privacidad, tiene el derecho de revocar la misma en una fecha posterior.
- Estamos autorizados y podríamos requerir usar o divulgar su información médica sin su autorización bajo las siguientes circunstancias:
  - Si proporcionamos servicios médicos de emergencia.
  - Estamos requeridos por la Ley proporcionarle atención médica y somos incapaces de obtener su consentimiento después de haber sido tentados a hacerlo: Si hemos sido ordenados por la corte o alguna otra agencia correspondiente.
  - Si hay algún impedimento sustancial para comunicarse con usted, pero en nuestro juicio profesional creemos que desea que nosotros le proporcionemos atención médica.

**Al firmar esta forma, usted autoriza el uso y divulgación de su información médica protegida. Usted tiene el derecho de no firmar este consentimiento al colocar  en la casilla debajo, firmado por usted si así lo desea. Si usted está de acuerdo con este permiso, una copia será guardada en esta oficina y una copia le será proporcionada si lo desea.**

(Actualizado 2016)

Acepto  No acepto

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_