

WANG & JIANG MD PA

Prompt Care Medical Doctors
9999 Bellaire Blvd Ste 370
Houston, Tx 77036

Pearland Physicians
4320 Broadway St, Ste 100
Pearland, Tx 77581

Dairy Ashford Family Practice
1500 S. Dairy Ashford Ste 198
Houston, Tx 77077

Aviso de Prácticas de Privacidad Reconocimiento del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de esta práctica escrito en lenguaje sencillo. El Aviso proporciona en detalle los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que puede realizar esta práctica, mis derechos individuales y los deberes legales de la práctica con respecto a mi información de salud protegida. El Aviso incluye:

- Una declaración de que esta práctica es requerida por ley para mantener la privacidad de la información de salud protegida.
- Una declaración de que esta práctica es necesaria para cumplir con los términos del aviso actualmente en vigor.
- Tipos de usos y divulgaciones que esta práctica permite realizar para cada uno de los siguientes fines: tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- Una descripción de cada uno de los otros propósitos por los cuales esta práctica está permitida o requerida para usar o divulgar información de salud protegida sin mi consentimiento o autorización por escrito.
- Una descripción de los usos y divulgaciones que están prohibidos o materialmente limitados por la ley.
- Una descripción de otros usos y divulgaciones que se realizarán únicamente con mi autorización por escrito y que puedo revocar dicha autorización.
- Mis derechos individuales con respecto a la información de salud protegida y una breve descripción de cómo puedo ejercer estos derechos en relación con:
 - El derecho a presentar una queja ante esta práctica y ante el Secretario del HHS si creo que mi privacidad se han violado mis derechos y que no se tomarán medidas de represalia en mi contra en caso de tal queja.
 - El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de mi salud protegida información, y que esta práctica no es necesaria para aceptar una restricción solicitada.
 - El derecho a recibir comunicaciones confidenciales de información de salud protegida.
 - El derecho a inspeccionar y copiar la información de salud protegida.
 - El derecho a modificar la información de salud protegida.
 - El derecho a recibir y dar cuenta de la divulgación de información de salud protegida.
 - El derecho a obtener una copia en papel del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta práctica a la solicitud

Esta práctica se reserva el derecho de cambiar los términos de su Aviso de prácticas de privacidad y de hacer efectivas nuevas disposiciones para toda la información de salud protegida que mantiene. Entiendo que puedo obtener prácticas Aviso de prácticas de privacidad actual a pedido.

Fecha de firma: _____

Relación con el paciente (si está firmado por un representante personal del paciente) : _____

WANG & JIANG MD PA

Promptcare Medicsal Doctors
9999 Bellaire Blve Ste 370
Houston, Texas 77036

Perland Physicians
4320 Broadway St, Ste 100
Houston, Texas 77581

Dairy Ashford Family
Practice
1500 S. Dairy Ashford, Ste 198
Houston, Texas 77077

Informacion personal

Nombre: _____ SS#: _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: Soltero (a) Casado(
a)Viudo(a) Separado(a)Divorciado(a)

Dirección: _____
APT#: _____

Ciudad (*): Estado (*): Código postal: _____

Número de casa: _____ Teléfono celular: _____

Oficina: _____

Email: _____

Nombre del contacto de
emergencia: _____

Número de teléfono: _____ Relación: _____

SEGURO

Nombre de la compañía de seguros principal:

ID#: _____ Grupo #: _____

Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el asegurado: Yo _____ Cónyuge _____ Hijo _____

Nombre de la compañía de seguros secundaria:

ID#: _____ Grupo #: _____

INFORMACIÓN, ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y ESTADO FINICIAL

- Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original.
- Por la presente, autorizo a Wang & Jiang MD, PA a solicitar beneficios en mi nombre para los servicios cubiertos prestados por él/ella o por su orden. Solicito que el pago de mi compañía de seguros se haga directamente a Wang & Jiang MD, PA. Certifico que la información que he informado con respecto a mi cobertura de seguro es correcta.
- Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original. Esta autorización puede ser revocada por mi compañía de seguros o por mí en cualquier momento por escrito.
- La verificación de su seguro no es una garantía de pago. Los saldos existentes en su cuenta deben pagarse en su totalidad antes de recibir servicios adicionales, incluso si está apelando o cuestionando el pago de reclamos.
- Todas las pruebas de laboratorio serán realizadas por un laboratorio externo, todos los saldos estarán sujetos a su responsabilidad. Es su responsabilidad verificar las coberturas de laboratorio de su seguro.
- Si necesita cancelar o reprogramar su cita, notifiquenos dentro de las 24 horas. De lo contrario, será responsable de una tarifa de cancelación de \$25.
- Saber que sufro de una condición que requiere diagnóstico y tratamiento médico. Por la presente doy voluntariamente mi consentimiento para dichos procedimientos de diagnóstico y atención clínica y para el tratamiento médico que sea necesario a juicio del médico o médicos.
- Acepto recibir mensajes de texto para recordatorio de citas.

Firma: _____ **Fecha:** _____