

Sepideh Zahedy-Kapusta M.D.

Women and Family Clinic
2094 W. La Habra Blvd.
La Habra CA 90631
(562) 697-1001

Información Del Paciente

Apeido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____

Fecha De Nacimiento: ____/____/____ #SS: ____/____/____ Hombre / Mujer # De Licencia: _____

(Circle) : Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a Origen Etnico _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: CA Codigo Postal: _____

De Teléfono: () _____ #Celular() _____

Contacto De Emergencia (nombre): _____ Relación: _____ # De Teléfono: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Domicilio de Empleo: _____ # De Teléfono () _____

Farmacia Preferida: (domicilio y telefono) _____

Lenguaje Primario: _____ Quiere interprete? Si/No

Información De La Persona Responsable

Apeido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____

Fecha De Nacimiento: ____/____/____ #SS: ____/____/____ # De Licencia: _____

De Teléfono: () _____ Relación: _____

Autorización Para Divulgar Información y Asigno de Beneficios

Yo autorizo a la oficina de la Dr. Sepideh Zahedy-Kapusta a divulgar cualquier información médica necesaria a mi compañía de seguro o sus agentes para poder procesar pagos. Con esto asigno beneficios médicos y/o quirúrgicos, seguro privado, y cualquier otro plan de beneficio medico a la Dr. Sepideh Zahedy-Kapusta. Una copia de este asigno es considerado valido como el original.

Responsabilidad Financial

Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos, así sean pagados por mi seguro o no, al menos que sea específicamente exento por el contrato entre mi compañía de seguro y la Dr. Sepideh Zahedy-Kapusta.

Yo certifico que he leído lo previo y que he recibido una copia como el paciente, el guardián del paciente, conservador o agente general. Estoy de acuerdo y acepto los términos mencionados.

Autorización para Tratamiento

Yo (y/o la persona responsable por el paciente) voluntariamente doy consentimiento a la Dr. Sepideh Zahedy-Kapusta y sus empleados a proveer evaluaciones y/o cuidado y tratamiento como paciente no internado en base continua y como internado como sea necesario. Reconozco que este tipo de tratamiento puede incluir un examen físico, procedimientos de laboratorio, exámenes de rayos X, otros procedimientos de oficina medica, y lo que mi estatus de paciente requiera. Entiendo que seré informado sobre el curso de mi tratamiento. Adicionalmente, entiendo que soy libre a terminar mi tratamiento con mi doctor en cualquier momento.

Yo entiendo que debo ejecutar un poder notarial durable en mi Directivo De Avance medico, yo voy a proveer una copia ejecutada a mi doctor. Yo entiendo de mi deber a informar a mi doctor de cualquier cambio en mi Directivo.

\$25.00 precio para cada doctora de la forma tiene que completar y firma

Con mi firma certifico que he leído y estoy de acuerdo con los términos y condiciones mencionadas.

Firma del Paciente/Guardián/Conservador/Agente General _____ Fecha: _____ Relación: _____

Questionario

Por favor escriba el domicilio donde usted quiere recibir sus facturas y/o correspondencia de nuestra oficina si no es en su casa.

Por favor indique si quiere toda correspondencia de nuestra oficina en un sobre marcado "CONFIDENCIAL" o por correo electrónico. (circule)

SI NO

Patient Fusion Correo Electrónico: _____

Consentimiento por Propósito de Tratamiento, Pago y Operaciones De Salud Médica. Información localizada en el manual de política de oficina

Yo autorizo la revelación de mi información médica de parte de la Dr. Sepideh Zahedy-Kapusta por el propósito de diagnosticarme o proveerme tratamiento, obtener pago por mi factura o para conducir operaciones relacionadas a la salud médica. Yo entiendo que el diagnóstico y tratamiento es limitado a lo que yo de consentimiento.

Yo entiendo que tengo el derecho de pedir restricciones hacia como mi información médica será usada o divulgada por el propósito de diagnosticar, proveer tratamiento, obtener pagos, o para las operaciones de salud médica de esta oficina. La Dr. Sepideh Zahedy-Kapusta no es obligada a estar de acuerdo con las restricciones que yo pida. Pero si la Dr. Sepideh Zahedy-Kapusta si está de acuerdo con las restricciones que yo pida, las restricciones serán obligatorias para la Dr. Sepideh Zahedy-Kapusta.

Yo tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, salvo cuando la Dr. Sepideh Zahedy-Kapusta ya actuó por confianza de este consentimiento.

Mi "información médica protegida" incluye información médica, demográfica, colectada y creada o recibida por mi doctor, otro proveedor de tratamiento médico, un plan de salud, mi trabajador o cámara de compensación. Esta información médica protegida se relaciona a mi pasado, presente y futuro estado de salud física o mental que me identifique, o tenga suficiente validez para creer que la información me identifique.

Yo entiendo que tengo el derecho de revisar la Notificación de Prácticas de Privacidad de la Dr. Sepideh Zahedy-Kapusta antes de firmar este documento. La Notificación de Prácticas de Privacidad de la Dr. Sepideh Zahedy-Kapusta se me ha sido proporcionada. La Notificación de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y revelación de mi información médica protegida que pueda ocurrir en mi tratamiento, pago de mi factura o en la evaluación de las operaciones de salud médica de la Dr. Sepideh Zahedy-Kapusta. La Notificación de Prácticas de Privacidad de la Dr. Sepideh Zahedy-Kapusta también está disponible en la oficina. La Notificación de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y obligaciones con respecto a mi información médica protegida.

La Dr. Sepideh Zahedy-Kapusta reserva el derecho de cambiar las Prácticas de Privacidad que se describen en la Notificación de Prácticas de Privacidad. Yo puedo pedir una copia de la versión revisada de la Notificación de Prácticas de Privacidad llamando a la oficina y pidiendo que me la manden por correo o cuando vaya a mi próxima cita.

Firma del Paciente _____

Contrato de Cancelación de Citas

Los pacientes que no muestran por su nombramiento y que no notifica a la práctica en avance son costosos para la práctica y puede impedir que una persona enferma que necesita ser visto de conseguir una cita preferida. Para los propósitos de esta póliza, una cita que no se presenta se define como una cita que se pierde por el paciente sin previo aviso.

Si usted no puede asistir a su cita, le pedimos que amablemente nos proporcionen más de 24 horas de aviso. Esta cortesía permitirá dar su cita a otro paciente.

Sirve como cuenta de que si no nos dan un aviso de 24 horas de cancelación en el futuro, habrá un cargo por cancelación de \$ 25.00 facturados a su cuenta que no es cubierto por su seguro.

(Nombre del Paciente)

(Firma Del Paciente)

(Fecha)