

The Barfield Clinic

2910B South Church Street, Murfreesboro, TN 37127

Phone: (615) 895-3600 Fax: (615) 895-0024

PATIENT INFORMATION

NOMBRE		SEXO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCIÓN			NÚMERO DE APARTEMENTO	
CIUDAD		ESTADO		ZIP
FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	TELÉFONO DE CASA	EMAIL	
EMPLEADOR		DIRECCIÓN DE EMPLEADOR		
TELÉFONO DE EMPLEADOR		OCUPACIÓN	TELÉFONO DE CELULAR	
¿COMO APRENDE DE ESTSE CLINICA?				
PAGINAS AMARILLO INTERNET ANUNCIO CORREO LUGAR OTRA:				

PADRE/PERSONA RESPONSABLE

NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	SS#:	
DIRECCIÓN			APT#:	
CIUDAD		ESTADO		ZIP
TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO DE EMPLEADOR	EMPLEADOR		
DIRECCIÓN DE EMPLEADOR				

INFORMACIÓN DE MADRE

NOMBRE		NACIMIENTO	SS#:	
DIRECCIÓN			APT#:	
CIUDAD		ESTADO		ZIP
TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO DE EMPLEADOR	EMPLEADOR		
DIRECCIÓN DE EMPLEADOR				

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

PRIMARIO	ID#	GRUPO #		
NOMBRE DEL ASEGURADO	RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	EMPLEADOR	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	CO-PAGO	DEDUCIBLE		
SEGUNDO	ID#	GRUPO #		
NOMBRE DEL ASEGURADO	RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	EMPLEADOR	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	CO-PAGO	DEDUCIBLE		

EN CASO DE EMERGENCIA, DEBEMOS PONERNOS EN CONTACTO CON:

NOMBRE		RELACIÓN		
TELÉFONO	TELÉFONO DE EMPLEADOR	TELÉFONO DE CELULAR		

The Barfield Clinic

2910B South Church Street, Murfreesboro, TN 37127
Phone: (615) 895-3600 Fax: (615) 895-0024

NOMBRE	FECHA
--------	-------

Autorización de Seguro Social para ceder información y hacer pagos

Yo certifico que la información dada por mí, en solicitar pago bajo Título XIX de la Acta de Seguro Social es correcta. Autorizo cualquier poseedor de información médica u otra información a ceder a la administración de Seguro Social o sus subsidiarios cualquier información necesaria para reclamos hechos por Medicare, Medicaid u pagos de terceras personas. Solicito que los pagos de prescripciones autorizadas sean dadas directamente a "The Barfield Clinic" o su agente en mi nombre.

Consentimiento por Tratamiento

Autorizo al personal de asistencia médica de "The Barfield Clinic" a administrarme tratamiento como está indicado por un médico y expuesto en mi plan desarrollado de tratamiento. (NOTA: Personas debajo 18 años necesidad tienen un padre o madre recibir servicios.)

HIPAA

Certifico que soy consciente de que algunas revelaciones sean requeridos para terceras personas, como mi compañía de seguro médico, para que "The Barfield Clinic" pueda presentar para reembolso por servicios. Autorizo estas revelaciones además de revelaciones o comunicaciones con:

<p>_____ Iniciales</p> <p>_____ Farmacéuticas</p> <p>_____ Especialistas</p> <p>_____ Doctores y el personal médico</p>	<p>_____ Iniciales</p> <p>_____ Miembros de la familia (Especifica con quién)</p>						
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Relacion</th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> </tbody> </table>	Relacion	Nombre				
Relacion	Nombre						

Firma	Paciente	Fecha	
-------	----------	-------	--

Firma	Custodio legal (si el paciente es menor)	Fecha	
-------	--	-------	--

Firma	Representante de TBC	Fecha	
-------	----------------------	-------	--

This Agency complies fully with:
Title VI of the Civil Rights Act of 1964
Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973
The Age Discrimination Act of 1975

The Barfield Clinic

2910B South Church Street, Murfreesboro, TN 37127
Phone: (615) 895-3600 Fax: (615) 895-0024

Acuerdo del paciente para pagos y información personal

Autorización para dar información a compañías de seguros

Yo autorizo a TBC, proveedores de salud y sus agentes, al firmar esta forma, para dar mi información médica (la cual incluye el uso de drogas, abuso de alcohol, SIDA o tratamiento psicológico) a mi compañía de seguros, organizaciones de salud, TennCare, Medicaid, y otros programas federales como sea necesario para funciones administrativas para cobrar y verificar mi tratamiento.

Yo autorizo a TBC, sus empleados, mis doctores, y otros proveedores para dar a la administración de Seguro Social o sus intermediarios, cualquier información necesaria para procesar reclamos hechos a Medicare.

Y si algún reclamo es hecho bajo compensación a trabajadores, autorizo a TBC dar información a mi empleador y a la compensación a trabajadores.

También, si necesito revocar esta autorización en cualquier momento, lo haré de forma escrita. Y la revocación será efectiva después de doce meses de firmada y fechada esta autorización.

Asignación de Beneficios

Yo autorizo a mi compañía asegurada, HMO's con quien estoy asegurado, incluyendo TennCare, Medicare, y Medicaid a pagar directamente a TBC algunos o todos los beneficios estipulados bajo los terminos de mi póliza por servicios dados por TBC, incluyendo pagos por sus servicios. Si algún seguro de salud no permite el pago directo a TBC, yo acordaré el pago inmediatamente con TBC, por los cuidados y tratamientos dados por ellos.

Acuerdo de pago

Yo entiendo y estoy de acuerdo que soy responsable y pagaré por todos los cargos (los cuales están en la lista de precios y serán efectivos en las fechas de los servicios dados) por servicios y tratamientos dados a mí, incluyendo los montos que no estén incluidos en mi plan de seguros, al límite que la ley permite.

Yo entiendo que soy responsable por cualquier monto o cantidad que no estén cubiertos en mi plan de seguros, deducibles y co-seguros.

Yo estoy de acuerdo que TBC y sus agentes hacen el cobro a mi compañía de seguros como un cortesía al cliente, pero tiene el derecho, si TBC cree que es necesario, demandar el pago total en cualquier momento antes de recibir el pago total de mi compañía de seguros o terceros, a menos que TBC y mi compañía de seguros o terceros acuerden que yo no seré responsable por el pago.

Yo sé y entiendo que he sido informado que tal vez seré cobrado por TBC y que este acuerdo de paciente cubrirá algunas y todas las cuentas de hospitales y otros proveedores de salud. Si mi cuenta es mandada para colecciones, estoy de acuerdo en pagar los honorarios de abogados que sean razonables, costos de la corte, y cualquier honorario a agencias de colección asociados en este proceso.

YO HE LEIDO ESTE ACUERDO O HA SIDO LEIDO A MQ. LA INFORMACIÓN ES EXACTA Y POR FIRMAR VOLUNTARIAMENTE ESTE ACUERDO, ACEPTO Y ESTOY DE ACUERDO CON TODOS SUS TERMINOS.

Yo entiendo, y si tengo cualquier pregunta o necesito cambiar mis arreglos de pagos, deberé preguntar TBC o el personal de la clínica.

Firma del paciente/ Representante Legal

Fecha

The Barfield Clinic

2910B South Church Street, Murfreesboro, TN 37127

Phone: (615) 895-3600 Fax: (615) 895-0024

NOMBRE:	FECHA	SEXO M H
ALERGIAS A MEDICINAS	ALERGIAS A COMIDAS	ANOS

¿Como podemos ayudar Ud. hoy?

¿Le gusta una forma gratis para la programa de medicaciones genérico (RediRx)? **Sí** **No**

MEDICACIONES ACTUALES

ENFERMEDADES O DOLENCIAS CRÓNICAS

CIRUGÍAS/ HOSPITALIZACIONES

FECHA

HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA (PADRES, ABUELOS, HERMANOS)

Ud.	SU FAMILIA	M-Madre F-Padre S-Hermana B-Hermano C-Hijos GP-Abuelos
		ATAQUE AL CORAZÓN
		ATAQUE DE APOPLEJÍA
		ENFISEMA
		AFECCIÓN DEL SANGRE
		CÁNCER
		TUBERCULOSIS
		AFECCIÓN DE LA TIROIDES
		AFECCIÓN RENAL
		AFECCIÓN DE LA SANGRE
		TRASTORNOS MENTALES
		TENSIÓN ALTO
		COLESTEROL ALTO

Ud.	SU FAMILIA	
		ASMA
		AFECCIÓN DE LA PIEL
		ARTRITIS
		AFECCIÓN DE LA PRÓSTRATA
		AFECCIÓN DEL ESTÓMAGO
		AFECCIÓN DEL COLON
		DESMAYOS
		DIABETES
		PROBLEMAS DE TRAGAR
		DOLOR DE CABEZA
		USO DEL TABACO