Heart of Kansas Family Health Care, Inc.
Registration and Disclosure Information

Heart of Kansas Family Health Care, Inc.
Registro y Revelación de información

Nombre del paciente _____ Fecha de Nacimiento_____

Persona responsable de la cuenta _____ Fecha de Nacimiento_____

___1. Información personal del Paciente) y de la Persona Responsable de los Pagos
Yo certifico que la información los datos personales, seguro de salud e ingresos que he proveído hoy es verdadera y exacta.

___2. Consentimiento de que se me ha proveído el aviso de prácticas de privacidad
Hoy he recibido el aviso de prácticas de privacidad de La clínica Heart of Kansas Family Health Care, Inc.

___3. Asignación de Beneficios
Yo autorizo a la compañía de seguros del paciente para que pague los beneficios por servicios del paciente de la clínica Heart of Kansas Family Health Care, Inc. Entiendo que soy responsable de pagar el deducible del paciente y cualquier saldo incurrido no pagado.

___4. Divulgación de información
Yo autorizo a la Clínica Heart of Kansas familia Health Care, Inc. a proveer información de salud del paciente que se encuentra bajo protección a la compañía de seguros del paciente necesario para determinar el pago de servicios rendidos al paciente. Esta autorización vence a partir de la de la fecha de terminación de atención médica continua y tratamiento del paciente de Heart of Kansas Family Health Care, Inc. y puede ser revocada en cualquier momento por el paciente o la persona responsable de pagos, por medio de un escrito proveído a la Clínica Heart of Kansas Family Health Care, Inc., excepto cuando no sea permitido según al aviso de prácticas de privacidad de la Clínica Heart of Kansas Family Health Care, Inc.o puede que no condicione el tratamiento basado en la negación para proveer dicha autorización.

___5. Consentimiento para atención médica
Doy mi consentimiento a la realización de un examen, tratamiento, pruebas de laboratorio y procedimientos médicos determinados necesarios para la salud y bienestar del paciente y por el personal médico de la Clínica Heart of Kansas Family Health Care.

___6. Evaluación de hogar
Certifico que las siguientes personas son miembros de la familia inmediatos que viven en mi casa
El domicilio familiar es: _____
Aportado postal del hogar: _____
Ciudad _____Estado _____ código postal _____

Full Legal Name	Date of Birth	Relationship to responsible party

Firma del paciente ___ _____ **Fecha**_____

Si el paciente es menor de edad, yo certifico que soy el padre o tutor legal de este paciente y doy fe de cada una de las afirmaciones anteriores en su nombre:

Firma del padre/tutor: ___ _____ **Fecha** _____

Testigo firma ___ _____ **Fecha** _____

Partido responsable _____ **Fecha** _____