

## VIP MidSouth, LLC Registracion Del Paciente

Fecha de Hoy:

Patient Account # (uso oficial solamente):

Patient Information									
Apellido:			Primer Nombre:			Segundo Nombre:		Nombre de Preferencia:	
Fecha de Nacimiento:		Sexo:	Masculino Femenino	# de Seguro Social:		Languaje Primario (requerido):			
Raza: (Elija Una)	Indio Americano	Asiatico	Africano	Nativo de Hawaii/ el Pacifico	Blanco	Pertencia Etnica (Elija Una)	Hispano/Latino	Declina	
		Declina	Desconocida		Otro		No Hispano/Latino	Desconocida	
Direccion:			Ciudad:			Estado:		Zona Postal:	
Telefono de Casa:			Telefono de Trabajo:			Celular:			
Farmacia:		Correo Electronico:			Lugar De Nacimiento:		Nombre al Nacer:		
Informacion de la Madre									
Nombre Completo:					Fecha de Nacimiento:		# de Seguro Social:		
Direccion si es diferente al paciente:				Ciudad:		Estado:		Zona Postal:	
Telefono de Casa:				Telefono de Trabajo:				Celular:	
Empleador:				Aseguraza bajo o su nombre:		Yes No		Cobertura: Primaria    Secundaria	
Nombre de Aseguraza:			Fecha de Comienzo:		?Deberia usted recibir el estado de cuentas del paciente?:			Yes No	
Informacion del Padre									
Nombre Completo:					Fecha de Nacimiento:		# de Seguro Social:		
Direccion si es diferente al paciente:				Ciudad:		Estado:		Zona Postal:	
Telefono de Casa:				Telefono de Trabajo:				Celular:	
Empleador:				Aseguraza bajo o su nombre:		Yes No		Cobertura: Primaria    Secundaria	
Nombre de Aseguraza:			Fecha de Comienzo:		Deberia usted recibir el estado de cuentas del paciente?:			Yes No	
Contactos de Emergencia									
Nombre:				Telefono:		Relacion con el paciente:			
Nombre:				Telefono:		Relacion con el paciente:			
Hermanos del Paciente									
Nombre:				Fecha de Nacimiento:		Es paciente de esta Clinica?			
Nombre:				Fecha de Nacimiento:		Es paciente de esta Clinica?			

### Autorizacion para Tratar el Paciente

Esto certifica que yo, madre o padre o responsable legal, pido tartar a nuesho hijo/hija menor de edad por los doctors y/o personal de VIP MidSouth, LLC. Autorizacion para dicho tratamiento es concedida por este medio.

Firma de Padre o Madre: \_\_\_\_\_ Firma de testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAR AL PACIENTE:** Por la presente solicito y autorizo a VIP Midsouth, sus clínicas incluyendo doctores, enfermeras, y otro personal calificado para hacer evaluaciones, tratamientos y procedimientos que puedan ser necesarios de acuerdo con el criterio de los proveedores médicos.

**AVISO DE PRIVACIDAD:** Reconozco que he recibido una copia de VIP Midsouth *Notice of Privacy Policies* y he tenido la oportunidad de repasar este documento. Entiendo que VIP Midsouth, LLC tiene el derecho de cambiar esas leyes de privacidad y que en cualquier momento yo puedo obtener una copia de dicho documento.

**AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE SEGUROS MÉDICOS:** Autorizo que los pagos de beneficios médicos autorizados de todos los servicios recibidos sean hechos en mi nombre directamente a VIP Midsouth, LLC. Autorizo a VIPMS a divulgar cualquier información médica directamente a mi portador de seguro médico y/o a sus agentes legítimos si es necesario para procesar cualquier reclamo médico y/o determinar los beneficios de dicho plan de acuerdo con las leyes de HIPAA que protege la información médica. Por la presente autorizo fotocopias de este formulario que sean válidas como si fuesen originales.

**GARANTÍAS DE PAGOS:** Por la presente garantizo el pago de todos los cargos relacionados con todos los servicios y productos duraderos proporcionados a través de las clínicas de VIPMS y sus proveedores desde mi primer examen médico. Estoy de acuerdo en hacer pagos inmediatamente en la fecha de servicios tales como co-pagos, co-seguros y cargos de deducibles. Cuando esto no sea posible estoy de acuerdo en hacer un plan de pago mutuo incluyendo un depósito de al menos \$50.00. En caso que no pueda hacer un pago completo o no cumpla con los planes de pagos acordados con VIPMS, entiendo que se tomaran las medidas apropiadas para cobrar dicha deuda. En caso de ser necesario que mi factura sea enviada a una agencia de colecciones de deudas, estoy de acuerdo en pagar una cuota que puede llegar a un 33.3% más los cargos de abogados y cortes.

**RECETAS ELECTRÓNICAS:** Se me ha informado y entiendo que VIPMS puede usar un sistema electrónico para enviar recetas. Esto permite que las recetas y cualquier información relacionadas con la dicha sean enviadas electrónicamente entre mi proveedor y la farmacia. Se me ha informado y entiendo que los proveedores que usan este sistema electrónico de recetas pueden ver cualquier información acerca de los medicamentos que estoy tomando actualmente, incluyendo esos que han sido recetados por otros proveedores. Doy permiso a los proveedores de VIPMS a tener acceso a esta información de salud protegida.

**REGISTRO DE VACUNAS:** Entiendo que VIPMS participa en el Registro de Vacunas Estatal del Departamento de Salud de Tennessee. Este departamento colecta el historial e información de todas las vacunas para así cumplir con el objetivo de salud pública de prevenir el propago de enfermedades que pueden ser prevenidas con vacunas. Este registro cumple con las leyes federales de privacidad de salud.

**PERMISO PARA ENVIAR POR FAX RECORDS DE VACUNAS A LAS ESCUELAS:** Por la presente doy permiso a VIPMS de enviar por fax los records de vacunas a las escuelas si es requerido.

Yo o mi representante legal certifico que he leído este documento y se me fue explicado. Entiendo su contenido, estoy de acuerdo con sus términos y condiciones mencionadas arriba y reconozco que puedo solicitar y recibir una copia de este documento.

---

Firma de paciente o padre/madre/tutor legal

---

Fecha

---

Firma de testigo (uso de oficina solamente)

---

Fecha

**GALLATIN**  
648 HARTSVILLE PIKE  
GALLATIN, TN 37066  
(615) 451-9246

**HENDERSONVILLE**  
262 NEW SHACKLE ISLAND RD.  
SUITE 203  
HENDERSONVILLE, TN 37075  
(615) 824-1142

**LAFAYETTE**  
306 WEST LOCUST ST.  
LAFAYETTE, TN 37083  
(615) 688-7012

**PLEASANT VIEW**  
6517 HWY 41A, STE 100  
PLEASANT VIEW, TN 37146  
(615) 746-8333

**PORTLAND**  
103 REDBUD DRIVE  
SUITE A  
PORTLAND, TN 37148  
(615) 323-1640

**SPRINGFIELD**  
426 22<sup>ND</sup> AVE. EAST  
SPRINGFIELD, TN 37172  
(615) 384-0600

**STATION CAMP**  
225 BIG STATION CAMP BLVD.  
SUITE 204  
GALLATIN, TN 37066  
(615) 451-7222

**WHITE HOUSE**  
128 RAYMOND HIRSCH PKWY.  
WHITE HOUSE, TN 37188  
(615) 672-8118