



UNO Health Center Demographics Form

PATIENT DEMOGRAPHICS

Legal Name <hr/> <i>LAST</i> <i>FIRST</i> <i>INITIAL</i>			Preferred Name <hr/>		
Date of Birth	Sex	Pronouns	Social Security Number	Student ID Number	
Address			City	State	Zip Code
Email					
Home Phone Number		Mobile Number		Work Number	
Appointment Reminder Preference <input type="checkbox"/> Text reminder <input type="checkbox"/> Phone call <input type="checkbox"/> Email reminder					

GENERAL INFORMATION

Need an interpreter? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Preferred Language	Marital Status	Race	Ethnicity
---	--------------------	----------------	------	-----------

EMERGENCY CONTACT

Name		Relationship		
Primary Phone Number	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Work	Needs an interpreter? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Preferred Language	

PRIMARY CARE PROVIDER

Provider Name	Address		
Phone Number	City	State	Zip Code

EMPLOYER

Employer Name	Employment Status		
Address	City	State	Zip Code

GUARANTOR INFORMATION *(person responsible for the bill if patient is under 19 years old)*

Name	Relationship		
Primary Phone Number <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Work	Date of Birth	Social Security Number	
Address	City	State	Zip Code
Employer Name	Employment Address		Employment Status

102 H&K 6001 Dodge Street | Omaha, NE 68182
402.554.2374 | healthcenter.unomaha.edu



* C O T N M O S *

PT NAME

MR #

ACCT #

1. CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Como paciente del The Nebraska Medical Center, Bellevue Medical Center, y / o UNMC Physicians, cada uno conduciendo negocios individual y colectivamente como Nebraska Medicine ("La Organización(s)"), estoy de acuerdo, solicito, y autorizo a los médicos tratantes, sus asistentes o designados, y /o profesionales de la salud a administrar dicho tratamiento para el paciente según sea necesario. El tratamiento que se considera necesario incluye, pero no está limitado a, procedimientos diagnósticos, tratamientos médicos, servicios de patología y de radiología y otros servicios que el médico(s) u otro proveedor de atención médica(es) juzgue razonables y necesarios. El tratamiento necesario puede proporcionarse a través de tecnología o equipos relacionados con telesalud. Tengo el derecho a rechazar el tratamiento a través de tecnología o el equipo de telesalud sin afectar mi cuidado o tratamiento futuro. Reconozco que no me han dado garantías con respecto a los resultados del diagnóstico, tratamientos, pruebas o exámenes.

Entiendo que la Organización(s) cuenta con un proceso para evaluar el tratamiento médicamente fútil, que en algunos casos pueden entrar en conflicto con mis deseos expresado a través de una directiva médica avanzada o a través de un sustituto para tomar decisiones. En tales casos raros se nos darán a mí o a mi sustituto responsable tomar decisiones o la opción de tomar decisiones o de llevar a cabo la transferencia a otro médico o centro.

2. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO

a. 1. Asigno La Organización(es), sujeto a su aceptación, todos los derechos, títulos e intereses que implican el recibo de beneficios, y autorizo pago directo La Organización(es), de todo mi beneficio de seguro médico o beneficios de cualquier otro pagador de terceros. También cedo La Organización(es) cualquier y todos los reclamos y causas de acción de cualquier naturaleza que pueda tener en contra de una compañía de seguros u otro pagador de terceros (incluyendo un plan individual o de salud de grupo) o contra cualquier otra persona o entidad relacionados con el pago o reembolso de los bienes o servicios proporcionados por La Organización(es), incluyendo **c u a l q u i e r incumplimiento del deber fiduciario en relación con dicho pago o reembolso. Estoy de acuerdo en pagar La Organización(es) por todos los cargos no pagados en conformidad con esta asignatura.**

2. Asigno a las clínicas, prácticas de doctores individuales y de grupo y profesionales de salud relacionados, que proveen servicios en conexión con la serie de tratamiento(s) a los cuáles esta asignatura refiere, sujeto a aceptación, todo derecho, título e intereses que implican el recibo de beneficios, y autorizo pago directo a tales clínicas, prácticas de médicos individuales y de grupo, y profesionales de salud aliados, de todo beneficio de seguro médico. Acuerdo pagar todo cargo no sujeto a esta asignatura.

3. Entiendo que puedo recibir facturas separadas de La Organización(es) y sus clínicas, médicos individuales y de grupo, y profesionales de salud aliados, respecto a los servicios proveídos respectivamente.

b. Acuerdo que en el evento que hubiera un balance de crédito del seguro bajo esta asignatura, La Organización(es) puede aplicarlo a cualquier otra cuenta de las cuales yo sea financieramente responsable.

c. Acuerdo que firmar como paciente y/o persona responsable por las cuentas en conexión con los servicios proveídos al paciente, me obliga y/o al paciente a pagar las cuentas de La Organización(es), las del médico que atendió/consultó, y las de los profesionales de salud relacionados respectivamente (profesionales de salud aliados, empleados por La Organización(es) o independientes al hospital o algún personal de grupo de prácticas) en conformidad con los cargos aprobados determinados por Medicare y otros seguros médicos y terceros, con el entendimiento que el paciente y/o la persona responsable pagará cualquier deducible o cualquier cargo por servicios profesionales no cubiertos por seguros de terceros.

d. Estoy de acuerdo que soy responsable de obtener las autorizaciones previas o aprobaciones de revisión de utilización requeridas por mi compañía de seguros.

e. Entiendo que todas las comunicaciones relativas a las deudas en disputa son enviadas al Director Ejecutivo, Revenue Cycle, Nebraska Medicine, 988140 Nebraska Medical Center, Omaha, Nebraska 68198-8140. Cualquier intento de saldar la deuda por menos de la cantidad adeudada solo será considerado si el Director Ejecutivo ha acordado por escrito a dicho monto de liquidación. Entiendo que si el Director Ejecutivo no ha acordado por escrito dicha resolución, el hospital no ha dispensado intencionalmente ninguna deuda y soy plenamente responsable del pago de cualquier obligación de deuda pendiente por tratamiento.

3. ACUERDO FINANCIERO Y AUTORIZACIÓN

a. Concedo permiso a La Organización(es), o al designado por la misma, para obtener un reporte de calificación de crédito, de ser necesario.

b. La Organización(es) puede preparar facturas por cantidades de hasta, e incluyendo, la cantidad adeudada regularmente.

c. Entiendo que la responsabilidad del paciente variará a base de la cobertura o la falta del seguro médico privado de cada paciente.

d. Entiendo que puedo solicitar y se me proporcionará información sobre los programas de asistencia financiera.

e. Entiendo y estoy de acuerdo que La(s) Organización(es) no será(n) responsable(s) por la pérdida o daños a mi propiedad personal.

4. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE CITAS

Autorizo a La Organización(es) a que provean mi nombre y localización de citas a las partes interesadas en indagar. Entiendo que tengo el derecho a solicitar el no divulgar mi información. Toda la información del paciente se mantiene de manera confidencial.

5. CERTIFICACIÓN DEL MEDICARE AL PACIENTE

Certificación del Hospital al paciente del, Autorización para la Entrega de Información y Petición de Pago:

a. Yo certifico que la información que he proveído en la aplicación pidiendo ayuda bajo el título XVIII del Acta de Seguro Social es correcta.

b. Autorizo la entrega de cualquier información necesaria, a las oficinas de administración del Medicare y Medicaid y sus intermediarios, requeridos a actuar acerca de éste o cualquier reclamo del Medicare el pago de beneficios de mi parte.

c. Autorizo a cualquier médico de La Organización(es) a que someta un reclamo a Medicare o que La Organización(es) someta un reclamo de parte de los médicos de La Organización(es), con el entendimiento que yo seré responsable por todo el balance no reembolsado del reclamo dentro de los límites permitidos por ley.

d. La cantidad actual del co-seguro para los servicios del hospital varía, sin embargo la cantidad es aproximadamente 20% de la cantidad que el Medicare le pagará al hospital por cada servicio individual. Ningún co pago por un servicio individual puede ser mayor que la cantidad del deducible del hospital Parte A (vea Medicare y Su Guía). Si yo, como el paciente recibo numerosos servicios, la cantidad máxima del co pago para los servicios ambulatorios del hospital puede exceder el deducible del hospital Parte A.

e. Certifico que he leído completamente y que entiendo las Condiciones de Tratamiento y que otros detalles y/o servicios pueden afectar el reembolso bajo el programa de Medicare.

f. Yo (a) HE ESTADO (b) NO HE ESTADO en un hospital o asilo en los últimos 60 días.

Si marcó la opción (a) provea el Nombre del Hospital o Asilo: _____

Duración de Estadía: _____

6. RELACIÓN LEGAL ENTRE LA ORGANIZACIÓN (ES) Y MÉDICO

Entiendo que los médicos proveedores de servicios, incluyendo servicios de radiología, patología, anestesiología y emergencia médica en las instalaciones de Nebraska Medical Center y Bellevue Medical Center son contratistas independientes con el paciente y no son empleados o agentes de cualquiera de estas instalaciones. Por lo tanto, estos diversos contratistas independientes pueden someter facturas por los servicios profesionales que ellos proporcionan aparte de las facturas que La Organización(es) puede someter por servicios técnicos. Los servicios proporcionados por el personal del Nebraska Medical Center y Bellevue Medical Center son prestados al paciente en virtud de las instrucciones generales y especiales del médico atendiendo al paciente y médicos /cirujanos consultores, tal como descrito anteriormente.



PT NAME
MR #
ACCT #

7. NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS PARA ASEGURAR SU PRIVACIDAD (Marque Uno)

- a. Recibí la Notificación de Prácticas para asegurar la Privacidad de La Organización(es).
- b. Recibí la Notificación de Prácticas para asegurar la Privacidad, de La Organización(es) en una visita anterior.
- c. NO he recibido una copia de la Notificación de Prácticas para asegurar la Privacidad de La Organización(es).

****Para el uso del Personal/For Office Use Only**** Both i. and ii. to be completed by patient registration personnel.

- i. Reason/Razón: _____
- ii. Describe good faith effort to obtain acknowledgment/Descripción del esfuerzo de buena fe en obtener reconocimiento: _____

8. INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

- a. Nebraska Medicine es una institución de investigación. Por lo tanto, mis expedientes como paciente podrían ser utilizados con la aprobación de la Junta de Revisión Institucional (IRB) según requerido y de acuerdo con reglamentos federales.
- b. Las muestras de mi sangre, otros fluidos corporales y tejidos pueden ser colectados para pruebas como parte de mi cuidado de la salud en Nebraska Medicine. Puede haber algunas porciones de mis muestras que no son necesarias para mis exámenes de salud. Si doy mi permiso a continuación, estas muestras podrían ser utilizadas por los investigadores, con la aprobación del IRB, según se requiera y de conformidad con las regulaciones federales. Esta investigación puede incluir el estudio de material genético (ADN) u otra información en mis muestras que puedan identificar los riesgos de enfermedades específicas. Dependiendo de la investigación, alguna de mi información genética y de salud puede ser colocada en una base de datos científica para el uso por otros investigadores. Acceso a mi identidad y mi información específica será cuidadosamente controlado.

Al aceptar permitir que mis muestras de sobra sean utilizadas por los investigadores, reconozco que no hay planes para compensarme si estos resultados de investigación en los descubrimientos tienen valor comercial.

- Quiero que mis muestras sobrantes sean utilizadas para la investigación. _____ (iniciales del Personal)
- NO quiero que mis muestras sobrantes sean utilizadas para la investigación. _____ (iniciales del Personal)

c. Programa de Reclutamiento de la investigación

Basado en la información de mi expediente médico, pudiera calificar para participar en estudios de investigación. La participación en cualquier estudio es completamente voluntaria.

- Acepto que mis expedientes sean repasados para que pueda ser contactado acerca de los estudios de investigación para el que puedo ser elegible. _____ (iniciales del Personal)
- NO quiero permitir que mis expedientes sean repasados o que me contacten sobre estudios de investigación. _____ (iniciales del Personal)

d. ¿Preguntas? ¿Cambio de opinión?

Las decisiones que tomo sobre la investigación en este documento se mantendrán en vigor hasta que yo las cambie. Si tengo preguntas o deseo cambiar mi designación más adelante, ya sea para la investigación de la muestra sobrante o el programa de reclutamiento de sujetos, puedo llamar a la oficina del Representante del Sujeto de Investigación al 402-559-6941. La decisión de no participar no afectará mi cuidado.

9. FOLLETO ELECTRÓNICO DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA (Marque Uno)

- a. He recibido el Folleto Electrónico de Intercambio de Información Médica.
- b. He recibido el Folleto Electrónico de Intercambio de Información Médica en una visita anterior.

Entiendo que, si no quiero que mi información de salud se incluya en los intercambios electrónicos de información de salud, debo seguir las instrucciones que se encuentran en el folleto que se proporciona para excluirme. Entiendo que al no tomar ninguna medida, mi información de salud se incluirá en los intercambios electrónicos de información de salud.

_____ (iniciales del Personal)

10. DURACIÓN

Entiendo que las elecciones hechas en este documento y el consentimiento el cual atestiguo es válido por un período de un año desde la fecha de mi firma a menos que sea revocada por mí por escrito a excepción de las elecciones relativas a los Estudios de Investigación, el intercambio de la Información Electrónica de Salud, que seguirá siendo válida a menos que y hasta que cambie mi designación de la manera descrita anteriormente.

11. RECONOZCO EL HABER RECIBIDO DE LA ORGANIZACIÓN (ES) LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE.

El firmante certifica que él / ella ha leído lo anterior, y como paciente o firmante debidamente autorizado en nombre del paciente, está autorizado para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos. Se proporcionará una copia de este documento al paciente o firmante a petición.

X _____ Date of Signing/Fecha de Firma _____
Signature of Patient/Firma del Paciente

X _____ Time of Signing/Hora de Firma _____
Signature of Patient's Representative/
Firma del Representante del Paciente

X _____ Witness/Testigo _____
Relationship of Patient's Representative /
Parentesco del Representante del Paciente
Witness/Testigo _____

If patient is unable to sign, state reason: _____

IT IS UNDERSTOOD THAT THIS AGREEMENT SHALL TAKE EFFECT UPON REGISTRATION EVEN THOUGH IT MAY BE SIGNED PRIOR THERETO.
Se entiende que este Acuerdo tomará efecto una vez se lleve a cabo la registración aunque puede ser firmado antes de la misma.

NOTE: A COPY OF THIS AGREEMENT IS TO BE DELIVERED TO THE PATIENT UPON REQUEST. A PHOTOCOPY OF THIS AUTHORIZATION SHALL BE CONSIDERED AS VALID AS THE ORIGINAL. NOTA: Una copia de este acuerdo debe ser suministrada al paciente a petición. Una fotocopia de esta autorización será considerada tan válida como la original.