



"Providing Tools and Enhancing Skills
To Improve Your Nutritional Health"

Forma De Entrada

Bienvenidos a AM Servicios Nutricionales!

Por favor complete toda la informacion, inicial y signo abajo.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____Codigo: _____

Numero de celular: _____ (utilizamos confirmacion de texto)

Telefono de casa: _____ Correo electronico: _____

Esposo(a)/Cuidador: _____ Permiso para hablar con esta person? SI o NO

Si el paciente es menor de edad, nombre del padre: _____

Doctor primario: _____ Quien lo refirio: _____

Esta aqui para la evaluacion de la cirugia bariatrica? SI or NO Cirujano: _____

Informacion de Seguro:

Seguro primario: _____ Numero de ID: _____

Quien es el asegurado? UD o _____ Fecha de nacimiento: _____

Seguro secundario: _____ Numero de ID: _____

Quien es el asegurado? UD o _____ Fecha de nacimiento: _____

Polizas de AM Servicios Nutricionales, porfavor inice:

_____ Yo, certifico que yo y mi dependiente tienen cobertura de seguro con el operador mencionado anteriormente y asignado directamente a AM Servicios Nutricionales todos los seguros de cobertura y reembolsos. Si algún cobro no está cubierto por la cobertura de Seguro, yo entiendo que yo me hago financieramente responsable de todos los cargos (**copagos, deducibles**). Yo autorizo a AM Servicios Nutricionales mandar reclamos por parte mía y liberar toda información necesaria para asegurar el pago. Por favor notifiquenos antes de cualquier cita si hubo algún cambio en su cobertura de salud.

_____ **AVISO HIPAA:** Yo entiendo que mi información puede ser liberada para tratamiento, pago, o problemas de operaciones. Yo entiendo que mi Dietista puede hablar con otros proveedores de servicios de salud para poder coordinar mi cuidado. He leído y entiendo el Aviso de Prácticas de Privacidad de AM Servicios Nutricionales. Todo el documento de HIPAA está en exhibición con la recepcionista para yo poder repasar.

_____ La póliza de AM Servicios Nutricionales requiere de mínimo 48-horas de aviso para cancelar una cita. Si una acumulación de 3 cancelaciones sin previo aviso/o no se presenta ocurren, tenemos el derecho de dar de alta al paciente de nuestra práctica. Por favor anote el número de teléfono de la locación de su oficina para cualquier cancelación o reprogramación de cita.

_____ Reconozco que recibí y leí el Aviso de Prácticas de Información de Salud. Entiendo que mi proveedor médico participa en Health Current, el intercambio de información sanitaria de Arizona (HIE). Entiendo que mi información de salud puede ser compartida de forma segura a través de la HIE, a menos que complete y devuelva una forma de exclusión a mi proveedor médico.

Por favor firme para reconocer su entendimiento e aceptar y cumplir con las pólizas de nuestra oficina. GRACIAS!

Firma _____ Fecha _____ / _____ / _____