



## REGISTRO DE PACIENTES

Apellido Primer Nombre MI  
Direccion  
Ciudad Estado Zip  
Telefono Telefono del Trabajo  
Contacto de Emergencia (EC)  
EC Email EC Relacion  
Fecha de Nacimiento M/H Peso Libras Altura Pies Pulgadas  
Nombre del Seguro ID #  
Nombre del Seguro Secundario Secundario ID #  
Nombre del Medico Tipo de Medico  
Telefono Medico

### HIPAA

- ◆ Aviso de practicas de privacidad: tiene derecho a leer nuestro Aviso de practicas de privacidad antes de decidir si firma este consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripcion de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención medica, y los usos y divulgaciones que pedemos hacer de su información de salud protegida y de otros asuntos importantes sobre su información de salud protegida. Le recomendamos que lo lea detenidamente y por competo antes de firmar este consentimiento.
- ◆ Proposito del consentimiento: Al firmer este formulario, usted acepta KINETIC O & P para usar y divulgar su información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención medica.

### AUTORIZACION DE COMUNICACION

Yo autorizo, KINETIC O & P dejar mensajes O TEXTO en mi teléfono de casa, teléfono movil, o contáctame por e-mail.

### ESTANDARES DE PROVEEDORES DE MEDICARE

“Los productos y/o servicios que le brinda KINETIC O & P estan sujetos a los estandares del proveedor contenidos en las regulaciones Federales que se muestran en la Seccion 42 del Codigo de Regulaciones Federales 424.57(c). Estas normas se refieren a asuntos comerciales y profesionales de negocios (P.ej., honrando garantias y horas de operacion). El texto completo de estas normas se puede obtener en <http://ecfr.gpoaccess.gov>. Si lo solicita, le proporcionaremos una copia escrita de las normas.”

### ASIGNACION DE BENEFICIOS

Autorizo a mi compania de seguros a pagar beneficios directamente a KINETIC O & P. Entiendo que mi compania de seguros puede no pagar los servicios que no son un beneficio cubierto o que no se consideran medicamente necesarios. Tambien entiendo que puede haber limitaciones de beneficios con los transportistas sin culpa, ya que pueden aplicarse deducibles y máximos de beneficios. Acepto ser financieramente responsable de todos los servicios proporcionados por KINETIC O & P.

**HE LEIDO, ENTENDIDO, Y POR LA PRESENTE ACEPTA TODOS LOS TERMINOS ESTABLECIDOS ANTERIORMENTE.**

**FECHA**

**PACIENTE O FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO**

Para enviar este formulario, guarde el formulario completo y envíe un correo electrónico a [tutt@kineticoandp.com](mailto:tutt@kineticoandp.com)

**NOMBRE IMPRESO & RELACION**