



The Maker's Table, L.L.C.  
3495 US Highway 1 STE 34 #1256, Princeton, NJ 08540  
609.200.5534 | hannah@makerstablenutrition.com

## Registro del paciente

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Razón para la cita: \_\_\_\_\_

### Información del paciente

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de teléfono (celular): \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Dirección de envío (si es diferente de la dirección de casa): \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Método de comunicación preferido:  Teléfono (llamar/enviar mensaje)  Correo electrónico

Sexo:  M  F Idioma primaria: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleado/Nombre de escuela: \_\_\_\_\_

### Información del contacto de emergencia

Primer nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (celular): \_\_\_\_\_

### Información del seguro médico

Aseguradora primaria:

Nombre de la aseguradora: \_\_\_\_\_ Número de identificación del seguro: \_\_\_\_\_

Número del grupo: \_\_\_\_\_ Número de teléfono para proveedores: \_\_\_\_\_

Aseguradora secondaria (si tiene):

Nombre de la aseguradora: \_\_\_\_\_ Número de identificación del seguro: \_\_\_\_\_

Número del grupo: \_\_\_\_\_ Número de teléfono para proveedores: \_\_\_\_\_

Paciente es el/la asegurado/a (puede saltar el resto de la sección)

Paciente no es el/la asegurado/a (por favor, complete el resto de la sección)

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Relación del asegurado/a con el/la paciente:  Padre/Tutor legal  Esposo  Otro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de teléfono (celular): \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Dirección de envío (si es diferente de la dirección de casa): \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Información del cuidado médico

Primer nombre y apellido de su médico primario/pediatra: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina: \_\_\_\_\_

## Responsabilidades financieras del paciente y Autorización para el pago del seguro y la divulgación de información

Nombre entero del paciente: \_\_\_\_\_

- Autorizo el pago de beneficios médicos a The Maker's Table, L.L.C. por los servicios prestados.
- Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo que sea necesaria para procesar reclamos de beneficios médicos.
- Acepto proporcionar una tarjeta de crédito para mantenerme registrado y notificar a The Maker's Table, L.L.C. sobre cualquier cambio en la información de mi tarjeta de crédito.
- Si decido contratar un seguro médico para mis citas, acepto proporcionar información del seguro médico actualizado a The Maker's Table, L.L.C. para que puedan ayudarme a determinar la cobertura de beneficios adecuada.
- El seguro médico no garantiza el pago. The Maker's Table, L.L.C. hará todo lo posible por validar mi cobertura y facturar a mi aseguradora por mi cita. Sin embargo, entiendo que, independientemente de mi cobertura de seguro médico, soy responsable del pago de todos las tarifas por los servicios que me hayan prestado. Si, por cualquier motivo, mi aseguradora no paga alguna tarifa, entiendo que debo pagarla yo y soy responsable de cualquier cargo pendiente.
- Realizaré copagos, pagos de coseguro y deducibles en el momento del servicio.
- No hay reembolsos ni créditos después de que el servicio sea prestado.
- Soy financieramente responsable de pagar a The Maker's Table, L.L.C. todos los costos que mi aseguradora indica que se aplican a deducibles, copagos y/o coseguros.
- Esta autorización permanecerá válida hasta que yo dé aviso por escrito revocando dicha autorización.

Al firmar a continuación, usted indica que ha leído, comprende y acepta cumplir la [Política de pago](#) de The Maker's Table, L.L.C., y acepta cumplir con las responsabilidades de pago financieras y de seguro del paciente mencionadas anteriormente.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del parent/tutor legal (si es menor de 18 años): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **Autorización de tarjeta de crédito y Reconocimiento de llegada tardía y política de cancelaciones**

The Maker's Table, L.L.C. requiere que tenga una tarjeta de crédito registrada, incluso si planea contratar un seguro médico para su cita. Para más información, consulte nuestra [Política de pago](#).

### **Autorización de tarjeta de crédito:**

Visa       Master Card       Discover       American Express

Número de la tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_

Fecha de expiración: \_\_\_\_\_ Código CVV: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, usted indica que ha leído, comprendido y acepta cumplir con la [Política de llegada tardía y cancelaciones](#) de The Maker's Table, L.L.C., y da su permiso a The Maker's Table, L.L.C. para cargar a su tarjeta de crédito para cualquier cita que no se cancele de la manera oportuna descrita anteriormente y por cualquier responsabilidad financiera que tenga (coseguro, copago, deducible y cualquier tarifa por la cita no cubierta por la compañía de seguros) por los servicios prestados.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor legal (si es menos de 18 años): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **Reconocimiento del Aviso de prácticas de privacidad**

Al firmar a continuación, usted declara haber leído, reconocido y aceptado el [Aviso de prácticas de privacidad](#) de The Maker's Table, L.L.C. y que puede consultar una copia de la política en nuestros archivos. Puede enviar sus solicitudes por escrito a: themakerstablenutrition@gmail.com.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor legal (si es menos de 18 años): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **Reconocimiento de las Pautas y políticas de comunicación electrónica**

Al firmar a continuación, usted declara haber leído, comprendido y aceptado las [Pautas y políticas de comunicaciones electrónicas](#) de The Maker's Table, L.L.C. Usted reconoce y comprende que, si se le envía un mensaje electrónico o solicita una respuesta por este medio, está dispuesto a aceptar los riesgos indicados.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor legal (si es menos de 18 años): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **Reconocimiento de las responsabilidades del paciente**

Al firmar a continuación, usted indica que ha leído, comprende y acepta cumplir con las [Responsabilidades del paciente](#) de The Maker's Table, L.L.C.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del parent/tutor legal (si es menos de 18 años): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **Consentimiento para ampliar las conferencias telefónicas interprofesionales**

En ocasiones, conversaciones entre su dietista y otros profesionales de su equipo médico podrían ser necesarias como parte de su tratamiento. Como cortesía y con gusto, su dietista se reunirá con cada profesional de su equipo médico sin costo durante un máximo de 10 minutos entre sus citas de consejería nutricional. Si una conferencia telefónica necesita durar más de 10 minutos, le cobraremos nuestra tarifa de seguimiento, prorrataeada en incrementos de 10 minutos, según lo descrito en la [Política de pago](#) de The Maker's Table, L.L.C. Su dietista hará todo lo posible por minimizar la duración de estas conferencias, extendiéndolas solo a más de 10 minutos según sea necesario para optimizar su atención médica. Las conferencias telefónicas solo se extenderán a más de 10 minutos con su permiso por escrito, que se indica a continuación. Puede notificar por escrito a su dietista cualquier cambio de permiso en cualquier momento durante su relación terapéutica.

- Autorizo a mi dietista a extender cualquier conferencia telefónica con otro profesional de mi equipo de atención médica más de 10 minutos, según sea necesario. Entiendo que se me cobrará la tarifa de seguimiento de The Maker's Table, L.L.C., prorrataeada en incrementos de 10 minutos, durante el tiempo necesario.
- No le doy permiso a mi dietista para extender cualquier conferencia telefónica con otro profesional de mi equipo de atención más allá de 10 minutos.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del parent/tutor legal (si es menos de 18 años): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_