

Informacion de Paciente

Nombre Del Paciente		SS#	Fecha:	Nuevo Paciente Info Actual
Direccion (Ciudad, Estado, CP)			Correo Electronico	
Nº Telefono	Telefono Cellular		Fecha De Nacimiento	Sex M/F
Contacto de Emergencia (Nombre, Relacion, Telefono)			Referido por:	
Farmacia (Nombre, Localidad)			Nº de Farmacia#	
Etnicidad: <i>Caucasico Afro Americano Hispano Nativo Americano Otro</i> _____ <i>Refused</i>				
Primer Lenguaje De Paciente: INGLÉS ESPAÑOL ASIAN HINDI OTRO: _____				
PADRE/TUTOR RESPONSABLE				
Nombre	Sexo	Relacion a Paciente	Fecha de Nacimiento	ID #
Direccion(Ciudad Estado Codigo Postal)		Telefono	Seguro Social	
Empleador (Direccion Ciudad, Estado, Codigo Postal)			Telefono de trabajo	
PADRE/TUTOR RESPONSABLE				
Nombre	Sexo	Relacion a Paciente	Fecha de Nacimiento	ID #
Direccion (Ciudad, Estado, Codigo Postal)		Telefono	Seguro Social	
INFORMACION DE SEGURO MEDICO PRIMARIO Y SECUNDARIO				
Nombre de La Compania de Seguros	Nº de Identificacion	Nº De Grupo	Nº de Telefono	
Nombre De Asegurado	Fecha de Nacimiento:		Parentesco con el Asegurado	
Segunda Poliza	Nº de Identificacion	Nº de Grupo	Telefono:	
Nombre de Asegurado	Fecha de Nacimiento		Parentesco con el asegurado	

CONSENTIMIENTO GENERAL

A menos que se hayan hecho arreglos previos, se requiere que el pago se realice el momento de proporcionar los servicios.

Cuidado Medico: yo autorizo a mi medico para que me proporcione o le proporcione a mi hijo(a) cuidado medico apropiado y razonable segun los normales actuales. INFORMACION MEDICA: yo autorizo a los medicos y al personal de este consultorio para que difunda cualquier informacion que se ha obtenido en el ciclo de mi tratamiento o del de mi hijo(a) a mi compania de seguro, a mi empleador o a terceros responsables del pago, para que se pueda obtener el pago de los servicios medicos proporcionados. AUTORIZACION DEL SEGURO: Yo autorizo a los medicos de este consultorio a proveer informacion a mi compania de seguros o a relacionada con la enfermedad o las tratimientio mios o de mi hijo(a). DESIGNACION DE BENEFICIOS: yo autorizo a mi compania de seguros o a terceros responsables del pago a pagar cualquier prestacion que se deba directamente a este consultorio si aceptan la designacion de mi reclamacion. Tambien estoy de acuerdo en que financieramente soy responsable por la cuenta, aun cuando el seguro puede estar pendiente con todos o una parte de los cobros. Igualmente estoy de acuerdo en que soy financieramente responsable por cualquier saldo actual vencido del paciente sobre esta cuenta y tengo conocimiento de que mi cuenta sera considerada incumplida si no se paga el total en el transcurso de treinta dias de la fecha del servicio en cuestion.

Firma del Paciente O Padre/Tutor _____ Fecha _____