



INFORMACIÓN PERSONAL

Fecha de hoy: _____ Número de cuenta: _____

Nombre: (Apellido) _____ (Primer Nombre) _____

Dirección: _____ Apto: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: (___) _____ Teléfono alternativo: (___) _____

Número de seguro social: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Sexo: H M
(Mes/día/año)

Estado civil: Casado Soltero Divorciado Viudo Otro

Estado de empleo: Empleado Retirado Sin-empleo Estudiante Otro _____

Lugar de empleo: _____ Ocupación: _____ Tel. de trabajo: _____

Persona de contacto en caso de emergencia: _____

Relación al paciente: _____ Teléfono (___) _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO (se requieren todos los campos)

Seguro primario: _____ Pago por visita médica (copay): _____

Nombre del asegurado: _____ Relación al paciente: _____

Seguro social del asegurado: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Lugar de empleo: _____ Teléfono de trabajo: _____

Seguro secundario _____

Nombre del asegurado: _____ Relación al paciente: _____

Seguro social del asegurado: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Lugar de empleo: _____ Teléfono del trabajo: _____

RAZON POR LA VISITA:

Brevemente indique porqué está viendo al doctor hoy: _____

Día de la lesión o primer síntoma (puede aproximar): _____

¿Ha sido evaluado por otro doctor para este problema? Sí No Nombre del doctor _____

REFERENCIAS

¿Cómo se enteró de nuestra práctica?

____ La guía telefónica

____ Otra oficina médica _____

____ Otro: _____

POLÍTICA FINANCIERA

Para reducir la confusión y los malentendidos entre nuestros pacientes y la práctica, hemos adoptado la siguiente política financiera. Si usted tiene cualquier pregunta, discútalas por favor con nuestro personal de pago. Nos dedicamos a proporcionar el mejor cuidado médico y creemos que su comprensión completa de nuestras políticas financieras son elementos esenciales de su cuidado y tratamiento.

- Salvo que otras medidas hayan sido tomadas por usted o su seguro de salud por adelantado, el pago completo para los servicios médicos es debido a la hora de servicio. Por su conveniencia aceptamos las tarjetas de crédito VISA, Discover y Mastercard, así como pago en efectivo o cheques personales.

SOBRE EL SEGURO MÉDICO:

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguro. Como cortesía, haremos la demanda de seguro para usted. Si su compañía de seguro no hace el pago dentro de un período razonable, usted será responsable por el pago. Si más adelante recibimos un cheque de su compañía de seguro, esa cantidad le será devuelto.

SOBRE PLANES DE LA SALUD QUE PARTICIPAN:

- Hemos tomado medidas anteriores con muchas compañías de seguro y otros planes de salud para aceptar una asignación de ventajas. Mandaremos la cuenta a esos planes y usted solamente será responsable por el predeterminado co-pago a la hora de servicio.
- Los planes de salud son diferentes y no cubren los mismos servicios. En el acontecimiento de que su plan de salud determina que un servicio no es cubierto, usted es responsable por el cargo completo. El pago es debido cuando recibe la factura de nuestra oficina.
- Para todos los servicios rendidos a los pacientes menores de edad el adulto que acompaña al paciente será responsable por el pago.
- Es su responsabilidad verificar que esta oficina participa con su compañía de seguro. Si no participamos con su seguro, usted será responsable por todos los cargos.

Firmando abajo, reconozco que he leído y entiendo la política financiera de la práctica y que estoy limitado por sus términos. También entiendo que los términos pueden ser modificados de vez en cuando por la oficina.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

Nombre impreso si está firmando por el paciente

Relación al paciente