

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE Y DATOS DEMOGRÁFICOS
(PATIENT AUTHORIZATION & DEMOGRAPHICS)



NOMBRE DE LA CUENTA: ¡Es muy importante que lo complete correctamente! Si va a usar su seguro y no utiliza la información correcta, ¡la compañía de seguros podría rechazarle su reclamo!

Apellido de la cuenta: _____ Nombre _____ Inicial del Segundo nombre _____
(Si con seguro, escriba el nombre del asegurado/la persona que tiene el seguro)

Dirección domiciliaria (incluya el número de apto.): _____
apto. número _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal: _____ Teléfono de la casa: (____) _____

Teléfono del trabajo: (____) _____ Número de licencia de conducir _____ Número de seguro social: _____
(Si usa el seguro, número del asegurado)

NOMBRE DEL PACIENTE E INFORMACIÓN: Debe completarse aunque los datos sean iguales a los de arriba.

Apellido del paciente: _____ Nombre _____ Inicial _____

Número de seguro del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Número del celular del trabajo del paciente(____) _____

Relación con el asegurado: Yo mismo Hijo Esposo Esposa Género: Masculino Femenino

🚫 Complete solamente si se le acepta el seguro:

•Patrono del asegurado: _____

•Fecha de nacimiento del asegurado: _____

•¿Tiene usted un seguro que incluya más de un plan de salud? Yes No

Si su respuesta es affirmative: Nombre de la otra compañía de seguros: _____ (Presente ambas tarjetas de identificación en la recepción)

✂ Complete solo si se lesionó en el trabajo:

•Nombre de la otra compañía : _____ •Nombre del supervisor que lo mandó: _____

•Dirección de la compañía: (calle, ciudad, estado, código postal): _____

•Teléfono de la compañía: (____) _____ •Si se lesionó, el día exacto en que ocurrió: _____

¿Consiguió su trabajo por medio de un servicio de empleos temporales? Escribe el nombre de la compañía _____

¿Consiguió su trabajo por medio de un contratista independiente? Escriba el nombre del contratista _____

Autorización para recibir tratamiento, asignación de beneficios del seguro, garantía de pago, acceso a datos personales:

Doy mi consentimiento para que se realicen los procedimientos de administración, costos médicos y procedimientos quirúrgicos, de rayos X y medicamentos que los doctores consideren necesarios. Autorizo el acceso y el traspaso de datos personales o información relacionada con mi tratamiento o condición médica a otros profesionales de la salud con fines de tratamiento, a mi compañía de seguros o a cualquier otro pagador para efectos de pago, a mi patrono si mi tratamiento está relacionado con propósitos laborales, para otros efectos de salud, a menos que se especifique lo contrario en el Aviso de Prácticas Privadas, el cual aquí consto que recibí. Hago constar que doy garantía de que pagaré todos los gastos del centro y médicos en que incurra el paciente mencionado arriba por esta consulta (excepto gastos relacionados con el trabajo debidamente autorizados y aprobados). Doy por entendido que el doctor no son agentes del Care Now pero practica independientemente a profesionales responsables de sus propias acciones, y empleado por Primary Health Physicians, P.A. Doy por entendido que no se me ha dado garantía de que los resultados sean seguros, los cuales podría obtener. Doy permiso para que se dejen recados relacionados con mi cuidado médico en el domicilio mencionado arriba. Doy por entendido que debo pagar todo hoy, por los servicios recibidos, a menos que mi seguro sea aceptado. También doy por entendido que si mi seguro se acepta, debo pagar todos los copagos, coseguros que apliquen así como los deducibles en su totalidad hoy. Si no podemos verificar su seguro a la hora de atenderlo, se le podrá pedir que pague por todos los servicios recibidos.

Contacto de emergencia / persona que no viva en la misma residencia

Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono () _____

Dirección: _____ Apto número _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Paciente/Fiador Firma: _____ **Fecha:** _____

