

Formulario de registro de pacientes



Información del paciente	Información del paciente			
	Apellido:		Nombre:	
	Dirección Postal:		Apartamento:	
	Ciudad/estado/código postal:			
	Teléfono de casa:		Teléfono celular:	
	Teléfono del trabajo:		Inicial del segundo nombre:	
	Nombre anterior:		Dirección Postal:	
	Método preferido para recibir llamadas de cortesía y otras mensajes electrónicos: (Por favor elige uno)			
	<input type="checkbox"/> Voz <input type="checkbox"/> Texto		Si voz, favor de indicar el numero preferido:	
	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			
Fecha de nacimiento:		Sexo:		
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		Médico familiar o pediatra:		
Estado civil:		Nº de la Seguridad Social:		
Nombre del empleador:		Contacto de emergencia:		
Teléfono del contacto de emergencia:		Relación con el paciente:		
Información adicional	Persona responsable de la factura (SOLO SI NO ES EL ASEGURADO)			
	Apellido:		Nombre:	
	Fecha de nacimiento:		Nº de la Seguridad Social:	
	Teléfono:		Dirección de la persona responsable:	
	Ciudad/estado/código postal:		Relación con el paciente:	
	Información adicional: (FAVOR DE COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES)			
	Dirección de correo electrónico::		¿Podemos dejar un mensaje sobre su atención médica y resultados de las pruebas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Raza (marque una):		Etnia (marque una):	
	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar		<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar	
	Idioma de preferencia (marque uno):		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Bosnio <input type="checkbox"/> Indio (incluidos hindú y tamil) <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro	
Ubicación y nombre de farmacia preferida:				
Información de seguros	Seguro médico primario		Seguro médico secundario	
	Nombre comp. seg.:		Nombre comp. seg.:	
	Nombre del titular de la póliza:		Nombre del titular de la póliza:	
	Fecha de nacimiento del titular:		Fecha de nacimiento del titular:	
	Nº de la Seguridad Social del titular:		Nº de la Seguridad Social del titular:	
	Relación del paciente con el titular de la póliza:		Relación del paciente con el titular de la póliza:	
He leído y estoy de acuerdo con la política de pago de Primary Health Medical Group (PHMG). Entiendo que el pago es mi responsabilidad, sin importar la cobertura del seguro. Por este medio asigno a PHMG todo el dinero al que tenga derecho por concepto de gastos médicos relacionados con los servicios otorgados en un momento dado por PHMG, pero sin exceder mi deuda con ellos. Autorizo PHMG comunicar cualquier información médica a mi aseguradora o pagador tercero para facilitar el procesamiento de mis reclamos de seguro. Comprendo que, de no pagar el saldo pendiente en un plazo de 90 días a partir de la notificación de la cantidad adeudada, el asunto se turnará a un servicio de cobro externo. Un cargo de \$15 por cheque devuelto aplicará para cheques devueltos por fondos insuficientes. Eligiendo "texto" como método de comunicación, certifico que Primary Health Medical Group no es responsable por cargos de data incurro y reconozco que pueden comunicar información del paciente a través de mensaje de texto. BENEFICIARIOS DE MEDICARE: Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare se haga efectivo a PHMG. Autorizo a cualquiera que posea información médica acerca de mi persona, a revelar a CMS y sus agentes toda información necesaria para determinar tales beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Esta oficina ha elegido participar en el Intercambio de Datos de Salud de Idaho (Idaho Health Data Exchange, IHDE). Si usted no desea compartir su información médica con otros proveedores de servicios medicos puede contactar IHDE a (208)332-7253 o www.idahohde.org .				

He revisado una copia del Aviso de confidencialidad de Primary Health Medical Group (Iniciales)

Firma de la parte responsable: X _____ Fecha: _____

Nombre en letras de imprenta de la parte responsable: X _____ Fecha: _____