

Formulario de registro de pacientes

Información del paciente	Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Nombre anterior (si corresponde)
	Dirección postal:		Ciudad/estado/código postal:	
	Teléfono particular:	Teléfono celular:	Teléfono del trabajo c/ext:	
	Médico familiar:	Fecha de nacimiento:	Sexo:	Masculino Femenino
	Estado civil:	Nº de la Seguridad Social:		
	Nombre del empleador:	Dirección del empleador:		
	Contacto de emergencia:	Teléfono:	Relación con el paciente:	
Información de seguros y pagos	Persona responsable de la factura (SÓLO SI NO ES EL ASEGURADO):			
	Fecha de nacimiento:	Nº de la Seguridad Social:	Teléfono:	
	Dirección de la persona responsable:		Ciudad/estado/código postal:	
	Empleador de la persona responsable:		Relación con el paciente:	
	Seguro médico primario		Seguro médico secundario	
	Nombre comp. seg.		Nombre comp. seg.	
	Nombre del titular de la póliza:		Nombre del titular de la póliza:	
	Dirección del titular de la póliza, si difiere:		Dirección del titular de la póliza, si difiere:	
	Fecha de nacimiento del titular de la póliza:		Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	
	Nº de la Seguridad Social del titular de la póliza:		Nº de la Seguridad Social del titular de la póliza:	
Relación del paciente con el titular de la póliza:		Relación del paciente con el titular de la póliza:		
Nombre del empleador:		Nombre del empleador:		
Información adicional	Dirección física (que no sea la postal):		Ciudad/estado/código postal:	
	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):	<input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano
	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar
	Etnia (marque una):	<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"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Lenguaje de señas	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro	
Ubicación y nombre de farmacia preferida:				

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 autorizo a PHMG a proporcionar a la compañía de seguros del asegurado toda la información (incluidos datos sobre enfermedades como VIH, enfermedades de transmisión sexual, consumo de drogas/alcohol, enfermedad mental o tratamiento psiquiátrico) que tal compañía pueda solicitar en relación con mi enfermedad o lesión. También autorizo a revelar a mi empleador información sobre lesiones relacionadas con el trabajo. 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. Cualquier cantidad que se reciba de dicha compañía de seguros y que exceda la deuda, se me reembolsará cuando mi cuenta quede saldada por completo. 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. Si mi cuenta se envía a un servicio de cobro externo habrá un cargo administrativo de hasta \$20.00, así como cargos por financiación (1% mensual/tasa porcentual anual de 12%). Nota: A los pacientes de Medicare *no* se les cobrarán los cargos administrativos ni por financiación.

BENEFICIARIOS DE MEDICARE: Como paciente de Medicare, entiendo que no se me impondrán intereses por ningún saldo pendiente. 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 HCFA y sus agentes toda información necesaria para determinar tales beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Firma de la parte responsable:

X

Fecha:

He revisado una copia del Aviso de confidencialidad de Primary Health Medical Group.

Firma:

X

Fecha: