

PACIENTE

Nombre _____ Apellido _____

Fecha/Nacimiento: MES ____ DIA ____ AÑO ____ TEL: (____) _____ - _____

Dirección _____
Nº Calle Apt. o Lote Ciudad Estado Código Postal

Nº Seguro Social: _____

E mail: _____

Sexo: Femenino Masculino Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

PACIENTE MENOR DE 18 AÑOS

RESPONSABLE: PADRE MADRE OTRO

Nombre y apellido _____

Fecha/Nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____

Contactos de emergencia:

Nombre: _____ Tel.: (____) _____

Nombre: _____ Tel.: (____) _____

SEGURO MEDICO: NO SI

POR FAVOR PRESENTE LAS TARJETAS PARA VERIFICAR SU COBERTURA "ANTES" DE LA CONSULTA CON EL MEDICO

Quien es el asegurado? Paciente Padre/Madre/Pareja:

Nombre _____

Fecha/Nacimiento: ____/____/____ SSN: _____

Tiene otro seguro médico? No Si:

Aseguranza 2º: _____

ID _____ GRP _____

ACCIDENTES: NO SI

AUTO TRABAJO OTRO _____

Fecha del accidente: _____

Ud. ha recibido algún tratamiento para este accidente en alguna parte? No Si:

Otro Medico Quiropráctico Terapia Física

Otro: _____

Ha contratado algún abogado? No Si:

Nombre: _____ Teléfono: _____

CONSENTIMIENTOS:

(Por favor lea y escriba sus Iniciales en cada línea)

1) TRATAMIENTO MEDICO: Doy autorización al personal médico del Centro Médico Alivio para proveer evaluación médica y tratamiento correspondiente. _____

2) PERMISO PARA PROPORCIONAR INFORMACION / ACUERDO FINANCIERO: Autorizo al Centro Médico Alivio para enviar la información necesaria para el cobro a la compañía de seguro médico / abogado, etc. _____

3) ENTIENDO QUE YO SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR TODOS LOS CARGOS SEAN O NO SEAN CUBIERTOS POR MI SEGURO MEDICO. Es decir, TODOS los costos de la consulta, exámenes, inyecciones y cualquier otro tratamiento recibido. _____

4) HIPPA: Autorizo a divulgar mi información médica para tratamiento, obtener pagos y la atención médica. Tengo el derecho de revisar y asegurar una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad. _____

FIRMA: _____

FECHA: _____