



Información del paciente				
Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Número de seguro social	Fecha de nacimiento
Dirección postal		Ciudad/Estado		Código Postal
Dirección domicilio		Ciudad/Estado		Código Postal
Teléfono casa	Celular	Teléfono trabajo	Estado civil	
Nombre del empleador		Dirección del empleador		Ciudad/Estado/Código Postal
Posición	Situación laboral (Por favor coloque un círculo alrededor de la opción que corresponda)			
	Jubilado	Ninguno	Incapacitado	Tiempo completo Tiempo parical Ocasional
Contacto de emergencia				
Nombre		Dirección		Ciudad/Estado/Código Postal
Relación:		Teléfono casa:		Teléfono celular:
Información de seguro médico				
Nombre de seguro principal		Número de identificación		Número de grupo
Nombre del asegurado (Si tiene seguro por medio de pareja, padres, etc.)				Fecha de nacimiento
Relación con el paciente		Sexo		Número de seguro social
Nombre del empleador/Dirección/Teléfono				
Nombre de seguro secundario		Número de identificación		Número de grupo
Nombre del asegurado (Si tiene seguro por medio de pareja, padres, etc.)				Fecha de nacimiento
Relación con el paciente		Sexo		Número de seguro social
Nombre del empleador/Dirección/Teléfono				
Staff Use Only - Does the patient have an advanced directive? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Patient requests more info? <input type="checkbox"/> Offered <input type="checkbox"/> Refused <input type="checkbox"/> Accepted				

Pólizas del consultorio: Entiendo y estoy de acuerdo con las siguientes reglas establecidas por Barton Health:

- 1.) El pago se requiere a la hora del servicio. Si no puedo pagar mi co-pago, mi cita será programada para otra fecha.
- 2.) Si llego más de 15 minutos tarde para mi cita, ésta será programada para otra fecha.

ACUERDO FINANCIERO Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO:

Autorizo el tratamiento del paciente nombrado con anterioridad y acuerdo pagar todos los honorarios y gastos de tal tratamiento

En caso de ser necesaria una acción legal para cobrar un saldo no pagado por los servicios médicos que se me han prestado a mi o a mi familia, acuerdo pagar los gastos razonables de abogado y otros gastos determinados por el tribunal.

Por este medio asigno el monto total del seguro médico a este consultorio (una copia de esta asignación tiene la misma validez que el original.)

Autorizo la liberación de toda la información médica necesaria para procesar los reclamos en mi nombre. También solicito el pago de beneficios médicos y/o del gobierno a este consultorio.

Firma del paciente o persona responsable

FECHA