

**DATOS DEL/DE LA PACIENTE**

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ No. de seguro social: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo  Masculino Estado civil:  Casado/a  Soltero/aDirección postal: \_\_\_\_\_  Femenino  Divorciado/a  Viudo/a  Otro

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_ Tel. principal:  Casa  Trabajo  Celular: \_\_\_\_\_Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_ Tel. alterno:  Casa  Trabajo  Celular: \_\_\_\_\_Médico de cabecera: \_\_\_\_\_ Origen étnico: Hispano/a  No hispano/a 

¿Es veterano/a? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Idioma que usted habla \_\_\_\_\_ Necesita intérprete Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**EMPLEO DEL/DE LA PACIENTE** Niño/a **CONTACTOS PERSONALES / DE EMERGENCIA** Empleado  Jubilado  Desempleado  Autónomo/a Nombre Parentesco Teléfono

Empleador: \_\_\_\_\_

Posición: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**GARANTE / PERSONA RESPONSABLE POR EL PAGO** El/la paciente mismo/a

Nombre: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono en el trabajo: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_ No. de seguro social: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**SEGURO MÉDICO PRINCIPAL**Persona asegurada:  Paciente  Persona responsable por el pago  Otro

Nombre de la persona asegurada: \_\_\_\_\_ Parentesco con el/la paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la persona asegurada: \_\_\_\_\_ No. de seguro social de la persona asegurada: \_\_\_\_\_

Empresa aseguradora: \_\_\_\_\_ ID de la persona asegurada: \_\_\_\_\_ No. de grupo: \_\_\_\_\_

**SEGURO MÉDICO SECUNDARIO**Persona asegurada:  Paciente  Persona responsable por el pago  Otro

Nombre de la persona asegurada: \_\_\_\_\_ Parentesco con el/la paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la persona asegurada: \_\_\_\_\_ No. de seguro social de la persona asegurada: \_\_\_\_\_

Empresa aseguradora: \_\_\_\_\_ ID de la persona asegurada: \_\_\_\_\_ No. de grupo: \_\_\_\_\_

**CESIÓN DE BENEFICIOS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACION MÉDICA: DOY MI AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO.****Por medio de la presente, doy mi consentimiento para que se divulgue la información médica pertinente a mi empresa aseguradora. Cedo todo beneficio médico y/o quirúrgico, incluyendo todos los beneficios médicos mayores que me corresponden, incluyendo Medicare, seguros privados y otros planes de salud. Esta cesión será válida hasta que indique lo contrario por escrito.**

Hacemos todo lo que está en nuestro poder para obtener pre-autorización, previa autorización e información de derivación. Su copago, co-seguro o deducible serán pagaderos en su totalidad cuando se le preste el servicio en cuestión. Como servicio de cortesía, mandaremos la factura a su aseguradora. En el caso de pagos rechazados por parte de la indemnización laboral, tenemos la opción de mandar la factura al seguro privado/seguro de grupo del/de la paciente. La responsabilidad financiera final permanecerá con el/la paciente, también en el caso de que la empresa aseguradora o la indemnización laboral se negara a pagar, usted tendrá que pagar la factura. Si tiene dudas sobre lo aquí detallado, favor de hablar con el personal antes de pasar a la consulta.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Revised 2/22/2013