

INFORMACIÓN DEL PACIENTE



¿Cómo nos conoció?: TV Radio Correo directo Periódico Amigo/familiar Médico Sitio web
 Feria de salud

Derivado por: _____ Médico de cabecera: _____

Nombre del paciente: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido Nombre preferido

Dirección postal del paciente: _____
Número y calle Depto./Lote Ciudad Estado Código postal

N.º del Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: _____

Estado civil: _____ Masculino Femenino Raza: _____

Idioma: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono laboral: _____

Mejor manera de comunicarnos con usted: Teléfono Correo electrónico

¿Esta visita se debe a un incidente relacionado con el trabajo? Sí No Empleador: _____

Ocupación: _____ Escuela: _____

INFORMACIÓN DE PAGO:

Persona responsable del pago/de la factura: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Dirección: _____ Teléfono principal: _____
Número y calle Depto./Lote Ciudad Estado Código postal

Relación con el paciente: _____ N.º del Seguro Social: _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento: _____ Mejor manera de comunicarnos con la persona:

Teléfono Correo postal Dirección de correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Compañía de seguros: _____ Número de póliza: _____

Nombre del titular de la póliza: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Dirección: _____
Número y calle Depto./Lote Ciudad Estado Código postal

Relación con el paciente: _____ N.º del Seguro Social: _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono principal: _____

2.º teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

2.ª compañía de seguros: _____ Número de póliza: _____

CONTACTOS DEL PACIENTE:

Farmacia: _____ Ubicación: _____

Tutor legal: _____

Cuidador principal: _____
Nombre Relación Teléfono principal 2.º teléfono

Nombre Relación Teléfono principal 2.º teléfono

Contacto de emergencia: _____
Nombre Relación Teléfono principal 2.º teléfono

Nombre Relación Teléfono principal 2.º teléfono

Todos los servicios profesionales prestados son responsabilidad financiera del paciente. Se espera un pago tras la prestación de servicios. En el caso de los pacientes asegurados, con mucho gusto los ayudaremos a presentar los reclamos al seguro.

*Al firmar abajo, doy mi consentimiento, por este medio, para que mi compañía de seguros entregue toda la información necesaria a Affinity Health Group, LLC sobre el estado de mis reclamos. Además, por este medio, autorizo a Affinity Health Group, LLC a proporcionar información a mi compañía de seguros sobre mis antecedentes médicos, enfermedades y tratamientos. Asimismo, autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente a Affinity Health Group, LLC todos los beneficios para los que yo o mis dependientes seamos elegibles para la prestación de servicios de atención médica.

HE LEÍDO, COMPRENDO Y ACEPTO LAS DISPOSICIONES QUE FIGURAN ARRIBA.

Por este medio, doy mi consentimiento de manera voluntaria para que se brinde el tratamiento médico necesario al paciente que se indica arriba.

FIRMA: _____

FECHA: _____

FIRMA DEL TUTOR LEGAL

FECHA