

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente (Apellido, Nombre, Segundo) _____

Para cumplir con nuevas iniciativas reformadas de salud, estamos obligados a obtener su raza y idioma.

Indio Americano o Alaska Nativo

Asiático

Negro o Afroamericano

Hispano/Latino

Nativo Hawaiano

Blanco

Diferida

¿Cuál es tu idioma preferido? _____ Sexo: Hombre / Mujer

Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Celular _____ Teléfono de Casa _____ Teléfono de Trabajo _____

Nombre del Responsable _____ Fecha de Nacimiento del Responsable _____

Teléfono _____ Podemos dejar un mensaje o texto en su número de teléfono? Sí No

Acceso portal del paciente - su dirección de correo electrónico _____

INFORMACIÓN DE SEGURO

Asegurado de la Póliza/ Nombre Aseguranza _____ / _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado _____ Seguro Social _____

Relación al Paciente _____

de Aseguranza _____ # de Grupo _____

¿QUÉ FARMACIA PREFERE?

Farmacia #1 _____ Dirección _____

Farmacia #2 _____ Dirección _____

Farmacia de pedidos de correo _____ Teléfono _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Por favor dar los nombres de dos parientes más cercanos que no viven con usted.

Nombre _____

Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____

Relación _____ Teléfono _____

Yo certifico que la información que he proporcionado en esta hoja es verdadera y correcta. Entiendo que independientemente de mi estado seguro, yo soy responsable por el saldo de mi cuenta para todos los servicios dados en esta oficina. Si tengo cobertura de seguro, es mi responsabilidad de asegurarse de que la compañía de seguros paga. Además, entiendo que debe colección sea necesario, que el responsable se compromete a pagar costas adicionales de colecciones de 35% y todos los honorarios legales, incluyendo honorarios de abogados y costas judiciales.

Al firmar esta forma nos autoriza para obtener su historia de recetas medicas externas.

FIRMA DEL PACIENTE O LA PERSONA RESPONSABLE

FECHA

POR FAVOR ESCRIBA EL NOMBRE DEL PACIENTE