

Información del Paciente

Nombre _____
 (Primero) (Inicial) (Ultimo)

Domicilio _____

Dirección Postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Numero de teléfono de casa _____

Número de teléfono del trabajo _____

Fecha de Nacimiento _____

Numero de Seguro Social _____

Sexo: Masculino Hembra

Étnico _____ Idioma _____

Farmacia _____

Empleador _____

Contacto de Emergencia _____

Contacto de Emergencia Teléfono _____

Partido Financieramente Responsable

Nombre _____
 (Primero) (Inicial) (Ultimo)

Domicilio _____

Dirección Postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Numero de teléfono de casa _____

Número de teléfono del trabajo _____

Fecha de Nacimiento _____

Numero de Seg Soc _____

Relación con el paciente _____

Empleador _____

Aseguransa

¿Tiene cobertura de seguro? Si No

En caso afirmativo, por favor presente su información de aseguransa a la recepcionista.

Doy mi consentimiento para los procedimientos que se pueden realizar durante mi examen y tratamiento en la Clínica. Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y que el diagnóstico y el tratamiento pueden implicar riesgos de lesiones. Reconozco que no se han dado garantías a mí sobre el resultado del examen o tratamiento en esta clínica.

Asigno y autorizo el pago directo a la Clínica de todos los beneficios del plan de salud seguros y pagar por estos servicios para pacientes ambulatorios. Estoy de acuerdo en que el pago del asegurador o del plan para la Clínica de acuerdo con esta autorización deberá cumplir con sus obligaciones en la medida de dicho pago. Entiendo que soy financieramente responsable de los gastos que no se paguen de acuerdo con esta asignación, en la medida permitida por la ley estatal y federal.

Al firmar este documento, reconozco que he revisado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Soledad Medical Clinic.

Al firmar este documento, reconozco que he recibido una copia de la Notificación de Derechos de los Pacientes de la Soledad Medical Clinic.

 (Paciente o Custodia la firma)

 (Fecha)