

IMPERIAL VALLEY FAMILY CARE MEDICAL GROUP, APC
INFORMACION DEL PACIENTE

FECHA: _____

DOCTOR: _____
CUENTA DE PACIENTE # _____

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Si no es aplicable escribe N/A

APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	RACE (marca): Am.Indian/Alaska Native/Asian/Black/White/Hispanic/Other Race/ None Reported ETHNICITY (marca): Hispanic/Non-Hispanic/Refuse to Report LANGUAGE (marca): English/Spanish/Indian/Other			
SEX <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		EDAD		FECHA DE NACIMIENTO		DIRECCION		APT. NO.
CIUDAD		ESTADO		CODIGO		POSTAL		
TELEFONO DE CASA		TELEFONO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> #		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Menor *		SEGURO SOCIAL #		
OCUPACION DEL PACIENTE/EMPLEADOR (PACIENTE O <input type="checkbox"/> * PADRE DE MENOR)		CELLULAR		EMAIL :		NOMBRE DE CONYUGE		
PERSONA PARA NOTIFICAR (NOMBRE/DIRECCION DE UN PARIENTE QUE NO VIVE CON USTED)						NUMERO DE TELEFONO		
QUIEN LO REFIRIO?				FARMACIA:				

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Paciente es Menor – *INFORMACION DE PADRE

Si no es aplicable escriba N/A

APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO	RELACION A PACIENTE
DIRECCION		CIUDAD		ESTADO		CODIGO POSTAL		
NUMERO DE TELEFONO		TELEFONO DE TRABAJO		DIRECCION DE EMPLEADOR / (TRABAJO DE PADRE)				

SEGURO(S) POR FAVOR PRESENTE SU TARJETA DE SEGURO A LA RECEPCIONISTA

NOMBRE DE LA COMPANIA DEL SEGURO PRIMARIA		DIRECCION <i>Si no es aplicable escriba N/A</i>					
POLIZA O NUMERO DE CERTIFICADO		GRUPO		FECHA EFECTIVA		NOMBRE/NACIMIENTO DEL ASEGURADO	
NOMBRE DE LA COMPANIA DEL SEGURO SECUNDARIA		DIRECCION					
POLIZA Y NUMERO DE CERTIFICADO		GRUPO		FECHA EFECTIVA		NOMBRE/NACIMIENTO DE ASEGURADO	

ACUERDO FINANCIERO

- YO CONSIENTO EL TRATAMIENTO NECESARIO PARA EL CUIDADO DEL EL PACIENTE NOMBRADO.
- YO AUTORIZO LA ENTREGA DE EXPEDIENTES MEDICOS AL EL MEDICO DE LA FAMILIA O AL MEDICO REFERIDO Y A MI COMPANIA DE SEGURO SI LO SOLICITAN.
- YO SOY RESPONSABLE DE PAGAR CO-PAGOS/CO-ASEGURANZA Y DEDUCIBLES.
- YO INTIENDO QUE TENGO QUE PAGAR AL CONTADO DE CARGOS ES MI RESPONSABILIDAD. A MENOS QUE OTRO ACUERDO FINANCIERO SEA HECHO EN LA OFICINA DEL DOCTOR O DEPARTAMENTO DE COBROS.
- YO AUTORIZO A LA ASEGURANZA/MEDICARE/MEDI-CAL QUE HAGA LOS PAGOS DIRECTOS A **IMPERIAL VALLEY FAMILY CARE MEDICAL GROUP, APC**.

FIRMA _____

TODAS LAS SECCIONES TIENEN QUE ESTAR COMPLETAS – NECESITA FIRMAR

FECHA _____