

REGISTRO DE PACIENTE / Consentimiento para el tratamiento Escriba la información a continuación en letra de molde y tenga su tarjeta del seguro e identificación fotográfica legal disponibles para que las escanee la recepcionista.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

N.º del Seguro Social ____ - ____ - ____ Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ St ____ CP _____

Teléfono del hogar (____) ____ - ____ Teléfono del trabajo (____) ____ - ____ Ext. ____ Email: _____

Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Raza _____ Sexo ____ Teléfono alternativo (____) ____ - ____

Contacto de emergencia _____ Teléfono (____) ____ - ____
(Nombre) (Relación)

Empleador del paciente _____ Dirección del empleador _____ Teléfono del empleador (____) ____ - ____

Farmacia que más utiliza el paciente _____ Teléfono de la farmacia (____) ____ - ____

Proveedor que hace la derivación (Únicamente consultorio del especialista) _____

PERSONA QUE DEBERÍA RECIBIR LA FACTURA - PARTE RESPONSABLE (Garante)

Relación con el paciente: Paciente Padre/madre Cónyuge Otra _____

N.º del Seguro Social ____ - ____ - ____ Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ St ____ CP _____

Teléfono del hogar (____) ____ - ____ Teléfono del trabajo (____) ____ - ____ Ext. ____ Email: _____

Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Raza _____ Sexo ____ Teléfono alternativo (____) ____ - ____

Empleador del paciente _____ Dirección del empleador _____ Teléfono del empleador (____) ____ - ____

NOMBRE DE LA ASEGURADORA PRIMARIA _____ **Sin seguro**

(Encierre en un círculo si corresponde)

Relación de quien suscribe con el paciente: Paciente Padre/madre Cónyuge Otra _____

Nombre de quien suscribe: _____ Fecha de nacimiento _____ N.º del SS ____ - ____ - ____

Empleador _____ PrimaryCarePhysician _____ Copago _____

NOMBRE DE LA ASEGURADORA SECUNDARIA _____

Relación de quien suscribe con el paciente: Paciente Padre/madre Cónyuge Otra _____

Nombre de quien suscribe: _____ Fecha de nacimiento _____ N.º del SS ____ - ____ - ____

Empleador _____ Copago _____

Comprendo que soy responsable por el pago de todos los servicios proporcionados. Por este medio cedo y autorizo el pago directo de los beneficios médicos a St. Elizabeth Physicians. No obstante, comprendo y acepto pagar todos los cargos o montos que no pague mi póliza o plan de seguro en tiempo y forma incluidos, sin limitarse a ellos, los copagos y deducibles. Acepto mi responsabilidad por conocer y comprender los términos de mi póliza o plan de seguro. Autorizo a St. Elizabeth Physicians a divulgar toda mi información médica y de otras índoles a terceros pagadores, administradores de beneficios u otras personas según sea necesario para verificar beneficios, autorizar que reciba servicios médicos, procesar reclamos de beneficios, representarme en una audiencia de tercero pagador o proceso de apelación y/u obtener cualquier pago. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original. Autorizo el uso de la firma que hay en archivo para todos los documentos que presente vinculados al seguro. Comprendo que soy responsable de notificar a la oficina sobre cualquier certificación previa o derivación necesaria para mi seguro. De acuerdo con los estándares de codificación aceptados, comprendo que puedo recibir cargos por separado por los procedimientos, médicos o demás tratamientos por problemas durante una visita.

Autorizo además el acceso y la divulgación de mi información clínica y de medicamentos para el tratamiento por parte de mi médico de cabecera o especialista y a todos los proveedores que participen en mi atención.

Doy mi consentimiento para que St. Elizabeth Physicians me proporcione tratamiento y atención médica según mi médico considere adecuado y necesario. Autorizo a facturación de St. Elizabeth Physicians o la oficina de mi médico a llamarme a mi teléfono celular.
_____ SÍ _____ NO

Firma **X** _____
(Firma del paciente o su representante)

Fecha _____

Testigo _____