

Formulario de Paciente



Fecha:					
Información de Paciente					
Número de seguro social:		Nombre		Apellido	
Fecha de Nacimiento		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Dirrección (correo)	
Teléfono en casa		Teléfono móvil		Correo Electrónico	
Nombre de Contacto de Emergencia (Apellido, Nombre)		Relación del contacto de emergencia con usted		Teléfono de contacto de emergencia	
¿De qué raza se considera usted? (Por favor circule uno) Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Afroamericano Nativo de Hawaii De otra Isla del Pacífico Blanco Prefiero no responder			¿De que grupo étnico se usted? (Por favor circule uno) Hispano Latino No Hispano Latino Prefiero no responder		Idioma preferido
Farmacia preferida y calle			¿Como supiste de nosotros? <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> directorio de seguros <input type="checkbox"/> Médico (Por favor inscriba el nombre del médico) _____ <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Señalización <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Evento comunitario <input type="checkbox"/> De otra manera: _____		
Información de Seguro					
Compañía primaria de seguro		Número de ID de Póliza		Número del grupo	
Apellido del suscriptor, nombre, inicial		Número de seguro social del suscriptor		Fecha de nacimiento del suscriptor	
(Si es aplicable) Compañía de seguros secundaria		Número de ID de Póliza		Número del grupo	
Apellido del suscriptor, nombre, inicial		Número de seguro social del suscriptor		Fecha de nacimiento del suscriptor	
Compensación de trabajadores/Información de accidente de auto (Si es aplicable)					
Fecha de herida		<input type="checkbox"/> Herida relacionada con el trabajo <input type="checkbox"/> Accidente de auto		Nombre del empleado	
Compañía de seguros		Dirrección de la compañía de seguros		Teléfono del empleado	
Teléfono de la compañía de seguros		Nombre del ajustador		Numero de reclamo	
		Ciudad		Estado	
				CP	

Yo, el abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tenemos cobertura de seguro como se indica anteriormente y asigno directamente a Integrity Urgent Care todos los beneficios de seguro, de haberlos, de lo contrario, se me pagarán por los servicios prestados.

Otorgo permiso a Integrity Urgent Care para realizar atención clínica de rutina para pacientes ambulatorios. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por mi seguro.

Por la presente autorizo que la práctica divulgue toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios o a mi médico de atención primaria si es necesario. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

Entiendo que mi copago se debe en el momento del servicio.

Al firmar a continuación, acepto que he leído y comprendido el AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA para atención de urgencia de integridad. También he leído y entendido la política sobre sustancias controladas / narcóticos.

Firma paciente / parte responsable

Fecha