

ESTES PARK MSO FORMULARIO DE INFORMACION DE PACIENTE

INFORMACION DE PACIENTE

Fecha _____

Apeido _____ Nombre _____ Inicial _____
Direccion _____ #Telefono de Casa _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____ Telefono de Trabajo _____

Marcar aqui se tiene direccion diferente por parte del ano y llene direccion alternativa abajo

Direccion _____ #Telefono de Casa _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Fechas en esta direccion _____

SEXO: Femenino ___ Masculino ___ ESTADO MATRIMONIAL: Soltero Casado Otro

FECHA DE NACIMIENTO _____

de Seguro _____ Raza: Blanco Hispano Africano Americano Otro _____

(Esta informacion es requerido por el Gobierno federal y aseguransa para procesar reclamos)

Fecha de dano: _____ EMPLEADOR _____

CONTACTO DE EMERGENCIA NOMBRE Y TELEFONO _____

Nombre de medico quien lo envio _____

****INFORMACION REQUERIDO** (NOMBRE DE PERSONA ASEGURADA)**

(Si esta informacion no es completada no podremos procesar su reclamo y usted sera responsable por el cobro)

Nombre _____ Telefono de Casa _____

Direccion _____ EMPLEADOR _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____ # de Seiguro Social _____

Fecha de Nacimiento _____ Raza: Blanco Hispano Africano Americano Otro _____

(Esta informacion es requerido por el Gobierno federal y aseguransa para procesar reclamos)

Relacion al Paciente: Si Mismo Esposa Esposo Padre Guardian Legal Otro _____

Si no completa esta informacion de aseguransa supondremos que no tiene aseguransa y usted sera responsable por cobros al tiempo de servicio.

Informacion de Aseguransa POR FAVOR DE PRESENTAR COPIA DE ASEGURANS A EN CADA CITA

Fecha Efectiva _____

Nombre de compania de aseguransa _____ # de identificacion _____

Direccion de reclamos _____ # de grupo _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____ # Telefono _____

Informacion de Aseguransa Secundaria POR FAVOR PRESENTAR COPIA DE ASEGURANS A EN CADA CITA

Fecha Efectiva _____

Nombre de compania de aseguransa _____ # de identificacion _____

Direccion de reclamos _____ # de grupo _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____ # Telefono _____

Allergias a Medicamento _____

Farmacia Prefferida _____

- Consiento a tratamiento medical
- Autorizo que comparten mi informacion medical relacionado a mi tratamiento con mi compania de aseguransa y otros medicos envueltos en mi cuidado. Esto incluye informacion para cobros a aseguransa y revision de tratamientos de calidad.
- Autorizo que pagos de mi aseguransa sean hechos directamente a mi medico -o-tambien cuidados quirurgicos incluyidos bajo el areglo de mi aseguransa o pagados a mi.
- Estoy de acuerdo en pagar el co-pago de mi aseguransa al tiempo de servicio-y-tambien pagar lo que no paga mi aseguransa.
- Si no tengo aseguransa pagare todos los cargos al tiempo de servicio a menos que otros areglos se han hecho.
- Si el paciente es menor de edad doy permiso para que el/ella sea tratado por el medico.
- Doy mi consentimiento para que medicos-y-estudiantes paramedicos observen -y-sean envueltos en el tratamiento medical practicado.

Firma de persona responsable _____ **Fecha** _____

FIRMA POR BENEFICIARIOS DE MEDICARE:

Pido que pagos autorizados de mis beneficios de medicare sean hechos a mi-o-a los medicos de Family Medical Clinic por los tratamientos medicales que se me practicaron. Autorizo que se de toda informacion de mis tratamientos medicales a la administracion financiera de tratamientos medicales -y- sus agentes para que sean determinados beneficios pagados por servicios relacionados.

Firma de beneficiario _____ **Fecha** _____

Como se dio cuenta de nuestra oficina?

Amigo Familia Periodico Internet Guia vacacional Otro

Gracias por escoger Family Medical Clinic para sus necesidades de Salud.