

Formulario de información del paciente

Por favor, complete la información solicitada y asegúrese de firmar el formulario. **USE LETRA IMPRENTA**

Apellido _____ Nombre _____ Inicial de segundo nombre _____

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono: Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Mejor teléfono para dejar un mensaje: (Marque uno) Casa Celular Trabajo

Fecha de Nacimiento _____ No. de seguro social _____

Sexo Masculino Femenino Transgénero

Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Correo electrónico: _____

Doctor que remite _____ Doctor de atención primaria _____
Nombre y apellido Nombre y apellido

Las normas gubernamentales nos requieren que preguntemos su raza, etnia y su idioma de preferencia. Se utilizará esta información para ayudar a monitorear la calidad y mejorar la atención al paciente.

Raza: (por favor, marque una)

- Asiático Negro/afro-americano Hispano Nativo de Hawái/Islas del Pacífico Caucásico
 Prefiere no informar Otro _____

Etnia (por favor, marque una)

- Hispano o latino No Hispano o latino Prefiere no informar

Idioma de preferencia: (por favor, marque uno)

- Inglés Francés Italiano Español Prefiere no informar Otro _____

Información de farmacia preferida

Nombre _____ Calle, ciudad y estado _____

Consentimiento para historial de prescripciones médicas

Doy permiso a mi médico para acceder a la información de mi historial de prescripciones médicas directamente de mi proveedor de seguros. Sí No

Contacto(s) en caso de emergencia:

Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

Información del proveedor de seguros principal – debe completarse aunque ya tengamos una copia de su tarjeta del seguro.

Nombre de la compañía de seguros: _____

de ID: _____ # de grupo: _____ Beneficiario: _____

Fecha de nacimiento del beneficiario: _____ Relación con el paciente _____

Empleador del beneficiario: _____

Información del proveedor de seguros secundario (si aplica)

Nombre de la compañía de seguros: _____

de ID: _____ # de grupo: _____ Beneficiario: _____

Fecha de nacimiento del beneficiario: _____ Relación con el paciente _____

Empleador del beneficiario: _____

Responsabilidad financiera

Todos los servicios profesionales brindados se cobrarán al paciente y deberán pagarse al momento del servicio, a no ser que se hayan realizado arreglos previamente con nuestras oficinas administrativas. Para solicitar pagos a través de proveedores de seguros, se completarán los formularios necesarios.

Asignación de beneficios

Por medio de la presente cedo todos los beneficios médicos y quirúrgicos, incluidos los beneficios médicos integrales a los que tengo derecho. Autorizo y cedo a mi(s) proveedor(es) de seguros, incluyendo Medicare, seguros privados y cualquier otro plan de salud/ médico, para que emita cheques de pago directamente a Stamford Health Medical Group por los servicios médicos prestados a mí y/o a mis dependientes, cualesquiera que sean mis beneficios. Entiendo que soy responsable por cualquier monto que mi proveedor de seguros no cubra.

Autorización para divulgar información

Por medio de la presente autorizo a Stamford Health Medical Group a: (1) divulgar a los proveedores de seguro cualquier información necesaria relacionada con mi enfermedad y tratamientos; (2) procesar los reclamos del seguro generados en el transcurso de mi estudios y tratamientos y (3) permitir que se utilice una copia de mi firma para procesar reclamos del seguro en el transcurso de mi vida. Esta orden permanecerá en efecto hasta que yo la revoque por escrito. He solicitado los servicios médicos de Stamford Health Medical Group para mí y/o para mis dependientes y entiendo que al hacer dicha solicitud, seré totalmente responsable financieramente de todos los cargos que se incurran en el transcurso del tratamiento autorizado.

También entiendo que es necesario pagar al momento del servicio los costos compartidos que asigne mi proveedor de seguro, tales como copagos, deducibles, coaseguros y pagos por servicios no cubiertos, a no ser que se hayan realizado arreglos previamente.

Firma del paciente/parte responsable: _____

Fecha: _____