

Formulario de Información del Paciente

**Por favor, proporcione toda la información solicitada y asegúrese que firma el formulario.
POR FAVOR IMPRIMA**

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono particular _____ Teléfono móvil _____
Teléfono del trabajo _____

El mejor número para llamar o dejar un mensaje: (Por favor, marque uno) Casa Móvil Trabajo

Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Sexo Varón Hembra

Correo electrónico _____ ¿ Le gustaría registrarse para el Portal del Paciente?
 Sí No

Médico remitente _____ Médico de atención primaria _____
Nombre y apellido Nombre y apellido

Por favor liste sus otros proveedores de cuidados de salud a continuación. Por favor, solicite un formulario adicional si tiene más de 5 proveedores.

Nombre Completo del Proveedor	Especialidad	Dirección y/o número de teléfono

Basándonos en las directrices del gobierno se requiere que le preguntemos su raza, etnicidad e idioma preferido. Esta información se usará para ayudar a controlar la calidad y mejorar el cuidado del paciente.

Raza: (por favor, marque una)

- Asiática Negra/Africana Americana Hispánica Nativo Hawaiano/Islas del Pacífico Blanca
 Rehusó reportar Otro _____

Etnicidad: (por favor, marque una)

- Hispánico o Latino Ni hispánico ni latino Rehusó reportar

Idioma preferido: (por favor, marque una)

- Inglés Francés Italiano Español Rehusó reportar Otro _____

Información de la Farmacia Preferida

Nombre _____ Calle, Ciudad y Estado _____

Consentimiento para la Historia de Recetas

Doy permiso a mi medico para que gane acceso a la información histórica de mis recetas. Sí No

Contacto de Emergencia: Nombre _____ No. Teléfono _____ Parentesco _____

Información del Seguro Primario – esto debe completarse incluso si copiamos su tarjeta.

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

ID#: _____ Grupo#: _____ Subscriber: _____

Fecha de nacimiento del subscriber: _____

Parentesco con el paciente: _____ Patrón del subscriber: _____

Información del Seguro Secundario (si es aplicable)

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

ID#: _____ Grupo#: _____ Subscriber: _____

Fecha de nacimiento del subscriber: _____

Parentesco con el paciente: _____ Patrón del subscriber: _____

Responsabilidad Financiera

Todos los servicios profesionales proporcionados se cargan al paciente y son pagaderos en el momento del servicio, a menos que se haya acordado de otro modo anticipadamente con nuestra oficina de negocios. Se completarán los formularios necesarios para archivar para pagos de la compañía aseguradora.

Asignación de Beneficios

Por la presente asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos, para que incluyan los importantes beneficios médicos a los que tengo derecho. Por la presente autorizo y ordeno a mi(s) compañía(s) aseguradora(s), incluyendo Medicare, seguros privados y cualquier otro plan de salud/medico a que emitan cheques directamente a Stamford Health Medical Group por servicios médicos proporcionados a mí y/o mis dependientes independientemente de mis beneficios de seguro, si los tengo. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por el seguro.

Autorización para Divulgar Información

Por la presente autorizo a Stamford Health Medical Group a: (1) divulgar cualquier información necesaria a las compañías de seguros relativa a mi enfermedad y tratamientos; (2) procesar reclamaciones de seguro generadas en el curso del examen o tratamiento; y (3) permitir que se use una fotocopia de mi firma para procesar reclamaciones de seguro durante el período de mi vida. Esta orden permanecerá en vigor hasta que sea revocada por mí por escrito. He solicitado servicios médicos de Stamford Health Medical Group en mi nombre y/o en el de mis dependientes, y entiendo que al hacer esta petición, me convierto en el responsable financieramente de cualquiera y todos los cargos incurridos en el curso del tratamiento autorizado.

Stamford Health Medical Group se reserve el derecho de terminar la relación Práctica-Paciente bajo ciertas circunstancias incluyendo, pero sin limitarse a, conducta impropia del paciente y repetidas no presentaciones de conformidad con nuestra política de práctica.

También entiendo que los costos asignados por mi compañía de seguros son debidos y pagaderos en el momento del servicio tales como co-pagos, deducibles, cosaseguro y pago por servicios no cubiertos a menos que se haya acordado de otro modo anticipadamente.

Firma del Paciente/Parte Responsable _____

Fecha: _____