



**Información básica del paciente**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Primer Nombre:** \_\_\_\_\_ **Inicial:** \_\_\_\_\_ **Apellido:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de casa:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Teléfono del trabajo:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Teléfono móvil:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Sexo:**  M  F **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Número de la Seguridad Social:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Estado civil:**  Soltero  Casado  Otro

**Estado de empleo:**  Empleado  Estudiante a tiempo completo  Estudiante a Tiempo Parcial  Otros (marcar uno)

**Datos empleador** **Nombre:** \_\_\_\_\_

**Información sobre el seguro \*\* Por favor, proporcione su tarjeta de seguro para escanear. \*\***

**\*\* Favor de llenar si el paciente difiere del tenedor de la póliza \*\***

**Tenedor de la póliza:**  Cónyuge  Padre/madre o tutor  Otros \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Tenedor de la póliza Nombre:** \_\_\_\_\_ **Medio Inicial:** \_\_\_\_ **Apellido:** \_\_\_\_\_

**Tenedor de la póliza Número de la Seguridad Social:** \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia** **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Médico primario** **Doctor:** \_\_\_\_\_ **Práctica:** \_\_\_\_\_

**Tratamiento Authorization**

Por la presente autorizo la oficina y de su personal, así como los médicos para examinar y tratar mi condición como los médicos consideran conveniente y YO le dan autoridad para llevar a cabo estos procedimientos que se deben realizar. Comprendo muy bien y estamos de acuerdo en que todos los servicios prestados a mí se cargan directamente a mí y que yo soy responsable por el pago de los servicios de esta oficina y todo fuera laboratorio o radiología servicios prestados en mi nombre. Debe de ser pasado por cantidad necesaria, de manera que se hará cargo de todos los cargos, comisiones y honorarios de abogado. YO (nosotros) autorizo al doctor para liberar toda la información necesaria para garantizar el pago de las prestaciones. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

**Los pacientes Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Acuse de Recibo**

Tal como lo requiere la regulación de privacidad, reconozco que he recibido una copia actual de la dinámica y el manejo del dolor Salud Aviso de Prácticas de Privacidad, el Proyecto de Ley de Derechos y Responsabilidades.

El personal puede ser alcanzado Lunes de 10am-7pm y Viernes 10am-2pm en 704-525-6288. Después de horas llame 704-525-6288 después de las horas y el médico le responderá.

Soy consciente de que la dinámica y el manejo del dolor Salud ha incluido una disposición que se reserva el derecho a cambiar los términos de este aviso y hacer las provisiones nuevas efectivas para toda la información protegida de la Salud que se mantiene.

**Los Pacientes Nombre** \_\_\_\_\_

**Paciente/Firma del representante** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Si firmada por un representante del paciente:**

**Nombre del representante** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_