



INFORMACION DEL PACIENTE

Por favor llene la siguiente información

Fecha _____

Rellene todos los campos

| | |
|--|--|
| Apellido del Paciente _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ | |
| Sufijo _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ | |
| Raza _____ Grupo Etnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido Idioma Preferido _____ Estado Civil _____ | |
| Dirección Postal _____ País _____ Código Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Condado _____ | |
| Dirección Residencial _____ País _____ Código Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Condado _____ | |
| Tel. Casa(____) _____ Celular (____) _____ Trabajo (____) _____ Ext _____ Correo electrónico _____ | |
| Médico Primario _____ Médico Remitente _____ | |
| Tipo de Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Retirado Fecha de Retiro _____ | |
| Patrono _____ Ocupación _____ | |
| PERSONA QUE ES FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR EL PACIENTE (FIADOR) | |
| Paciente _____ Cónyuge _____ Padre/Madre _____ Otro _____ Sexo _____ | |
| Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ | |
| # SS _____ Fecha de Nacimiento _____ Tel. Casa (____) _____ Celular (____) _____ Trabajo (____) _____ | |
| Dirección Física _____ País _____ Código Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ | |
| Tipo de Empleo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Retirado Fecha de Retiro _____ | |
| Patrono _____ | |
| Información del Asegurado Principal (si no es el paciente). Si es la misma persona que es financieramente responsable, marque aquí _____ | |
| Paciente _____ Cónyuge _____ Padre/Madre _____ Otro _____ Sexo _____ | |
| Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ | |
| # SS _____ Fecha de Nacimiento _____ Tel. Casa(____) _____ Celular (____) _____ Trabajo (____) _____ | |
| Dirección Física _____ País _____ Código Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ | |
| Tipo de Empleo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Retirado Fecha de Retiro _____ | |
| Patrono _____ | |
| Contacto en caso de emergencia (Padre/Madre o Guardián si el paciente es menor de edad) | |
| Nombre _____ Relación con el Paciente _____ | |
| Tel. Casa (____) _____ Celular (____) _____ Trabajo (____) _____ | |

POR FAVOR TENGA A LA MANO SU TARJETA DE SEGURO MEDICO Y LICENCIA DE CONDUCIR PARA ENTREGAR A LA RECEPCIONISTA. EL PAGO POR SERVICIOS PROFESIONALES DEBE HACERSE AL MOMENTO DE RECIBIR LOS SERVICIOS.

POR FAVOR LLENE EL OTRO LADO.

CONSENTIMIENTO PARA EVALUACION O TRATAMIENTO

Por la presente, el abajo firmante permite la evaluación médica o el tratamiento que el proveedor de salud asignado determine necesario para el paciente nombrado anteriormente.

PACIENTE, PADRE/MADRE, GUARDIAN LEGAL, REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

ASIGNACION DE SEGURO

Por la presente autorizo que los beneficios de mi seguro sean pagados directamente a Florida Hospital Medical Group. Entiendo y estoy de acuerdo de que, independientemente del estatus de mi seguro, yo soy responsable por el balance en mi cuenta por cualquier servicio profesional recibido.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

PARA PACIENTES DE MEDICARE SOLAMENTE
FIRMA DE AUTORIZACION PARA MEDICARE PARTE B – DE POR VIDA

Certifico que la información que he brindado para solicitar pago bajo el Título XVIII del Social Security Act es correcta. Autorizo a cualquier persona que tenga información médica u de otra índole sobre mí que entregue a la Administración de Seguro Social, sus intermediarios o compañías aseguradoras cualquier información necesaria para esta Reclamación de Medicare o cualquier reclamación relacionada. Concedo permiso para usar una copia de esta autorización en lugar del documento original. Solicito que el pago por los servicios autorizados se haga en representación mía. Le asigno el beneficio de pago por servicios médicos al médico u organización que provea los servicios o autorizo a dicho médico u organización a someter una reclamación a Medicare para que yo reciba el pago.

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE

MEDICARE B

FECHA

DECLARACION DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Comprendo que los términos de cualquier Declaración de Voluntades Anticipadas que yo haya ejecutado serán llevados a cabo por la facilidad de cuidado de salud y mis proveedores de cuidado según lo permita la ley. Por favor seleccione una de las siguientes declaraciones:

- () Yo HEEJECUTADO una Declaración de Voluntades Anticipadas.
(Testamento en Vida, Poder Legal Duradero, Designación de un Subrogado del Cuidado de la Salud.)

Por favor provea a la Recepcionista una copia de su Declaración de Voluntades Anticipadas/Testamento en Vida para ser incluido en su expediente médico.

- () Yo NO HE EJECUTADO una Declaración de Voluntades Anticipadas.
(Testamento en Vida, Poder Legal Duradero, Designación de un Subrogado del Cuidado de la Salud.)

FIRMA

FECHA