

## Formulario de registro de pacientes

Información del paciente	Apellido	Nombre	Inicial	Nombre anterior (si fuera aplicable)		
	Dirección de correo		Apt#	Ciudad	Estado	Cierre relámpago
	Teléfono de la casa:		Teléfono de la célula:		Teléfono del trabajo:	
	Teléfono preferido para llamar:		<input type="checkbox"/> Casero	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular	
	Fecha del nacimiento:	Sexo	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	Número de seguridad social:	
Nombre del empleador:		Dirección del empleador:		Ciudad	Estado	Cierre relámpago
En caso de urgencia	Contacto en caso de emergencia:			Número de teléfono del contacto:		
	Relación al paciente:			Dirección:		
Información de aseguranza y pagos	Persona responsable de la cuenta: ( <b>solamente si es diferente que los asegurados</b> ):			Fecha de nacimiento:	Número de seguridad social:	
	Dirección de la persona responsable			Relación al paciente:		
	Ciudad	Estado	Cierre relámpago	Empleador de la persona responsable		
	<b>Seguro médico primario</b>			<b>Seguro médico secundario</b>		
	Nombre del seguro _____ Nombre de asegurado _____			Nombre del seguro _____ Nombre de asegurado _____		
	Fecha del nacimiento del asegurado _____ Número de S.S. de subscriptor _____			Fecha del nacimiento del asegurado _____ Número de S.S. de subscriptor _____		
Relación del paciente al asegurado _____ Nombre del empleador _____			Relación del paciente al asegurado _____ Nombre del empleador _____			
Información adicional	Dirección física (si es diferente del correo)		Apt#	Ciudad	Estado	Cierre relámpago
	Dirección del email:			Podemos dejar información en su contestador automático de la casa con respecto a su atención medica y resultados de pruebas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
	Vacunas: Es usted uno de los siguientes? <input type="checkbox"/> Inscritos en Medicaid <input type="checkbox"/> Sin seguro de salud <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Insuficiente (seguro medico no paga por las vacunas)			Es Aceptable dejar el mensaje en el trabajo en correo de voz personal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  Nombre y localización de la farmacia preferida: _____		
	Si usted desea dar a Primary Health Medical Group el permiso de discutir su información médica con alguien que no sea usted, pide uno de nuestros miembros del personal a Lanzamiento de la forma de la autorización de la información.					

He leído y estoy de acuerdo con la póliza de pago de Primary Health Medical Group. Yo entiendo que la cuenta es mi responsabilidad aunque tengo aseguranza. Yo autorizo renunciar información médica para reclamar mi aseguranza (incluso VIH, enfermedades transmitidas sexualmente, abuso de alcohol y drogas, enfermedades mentales o tratamiento psiquiátrico) que puede hacer peticionado acerca de su enfermedad o herida. Yo también autorizo renunciar información en cuanto a una herida emparentado en el trabajo de mi empleo. También autorizo el pago de la aseguranza a Primary Health Medical Group cada vez que sea tratado aquí en Primary Health Medical Group. Con tanto dinero que se a pagado de mas por la aseguranza, me será reembolsado después que mi cuenta sea pagada totalmente. Yo entiendo que la falta de pago de los saldos pendientes dentro de los 90 días siguientes a la notificación de la cantidad adeudada se traducirá en la presentación de una facturación fuera de servicio. Si su cuenta se envía a un servicio de facturación fuera habrá una tarifa de hasta \$ 20.00 a cargo de financiamiento (s) (1% por mes, el 12% TAE). Nota: los pacientes de Medicare no se cobrará el establecimiento de tasas o cargos por financiamiento.

Beneficiarios de Medicare: Como un paciente de Medicare, yo comprendo que interés no va a imponer en algún balance pendiente. Y pido que pago autorizado de los beneficios de Medicare sena pagado a Primary Health Medical Group. Yo autorizo que suelten información medico a HCFA y sus agentes necesarias para determinar estos beneficios o los beneficios pagados para los servicios relacionados.

Firma de persona responsable:	<b>X</b>	Fecha
<b>He repasado una copia del aviso de privacidad del Primary Health Medical Group.</b>		
Firma	<b>X</b>	Fecha