

HealthFirst Medical Group

Informacion Del Paciente

Fecha: ___ / ___ / ___

Nombre: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Domicillio: _____
Calle Apartamento Ciudad Estado Codigo Postal

Número preferido de Contacto de Día: _____

Telef. Domicillio: _____ Telef. De Trabajo.: _____

Fecha De Nacimiento: ___ / ___ / ___ Edad: _____ Sexo: M o F (Circule Uno) Estado Civil S/C/D/V

Empleado: Jubilado Estudiante Militar (Activo O Jubilado) Tiempo Completo Medio Tiempo

Seguro Social: _____ Lic. De Conducir No.: _____ Estado: _____

Recomendado Por: _____

Empleador Del Paciente: _____ Telef. Del Trabajo.: _____

En Caso De Emergencia Contactem: _____ Telef. No.: _____
(Persona fuera de su casa)

Si Paciente Es Menor De Edad:

Nombre De Guardián: _____ Fecha De Nacimiento: ___ / ___ / ___ Seguro Social: _____

INFORMACIÓN SEGURO

POR FAVOR PRESENTE LA TARJETA DE SEGURO A LA RECEPCIONISTA

Nombre Primario De La Compania Del Seguro: _____

Nombre De Asegurado: _____ Fecha De Nacimiento: ___ / ___ / ___ Sexo: M o F

Seguro Social No.: _____ Num. De Identificación: _____ Grupo No.: _____

Doctor Mencionado En La Tarjeta: _____ Fecha De Vigencia Del Seguro: _____

Empleador: _____ Teléf No.: _____

Relación Al Paciente: (Círculo uno) Usted Esposo/Esposa Hijo Padre

Nombre Secundario De La Compania Del Seguro: _____

Nombre Asegurado: _____ Fecha De Nacimiento: ___ / ___ / ___ Sexo: M o F

Numero De Identificación: _____ Grupo No.: _____

Empleador: _____ Telef. No.: _____

Relación Al Paciente: (Círculo uno) Usted Mismo Esposo/Esposa Hijo Padre

SOBRE

AUTORIZACION PARA DAR INFORMACION

POR LA PRESENTE AUTORIZO DAR CUALQUIER INFORMACIÓN ADQUIRIDA EN EL CURSO DE MI TRATAMIENTO NECESARIA PARA PROCESAR RECLAMOS A MI SEGURO MÉDICO. AUTORIZACION PARA PAGO DE BENEFICIOS MÉDICOS, POR LA PRESENTE AUTORIZO PAGAR DIRECTAMENTE A LOS CIRUJANOS O MÉDICOS BENEFICIADOS COMO ESTA DESCRITO, ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE PAGAR POR LOS SERVICIOS POR MI SEGURO MÉDICO.

LANZAMIENTO DE SU INFORMACIÓN DE SALUD PRIVADA

_____ Sí, autorizo a _____ NO, yo no autorizo

HealthFirst para discutir mi historia clínica. Diagnóstico, tratamiento y pronóstico con los que aparecen a continuación. Entiendo que esto puede incluir información sobre pruebas, el examen y el tratamiento para el VIH, AIDS, relacionados con enfermedad, salud mental y drogas, alcohol o uso indebido de sustancias químicas.

Cónyuge _____

Niños _____

Padres _____

Otros _____

AUTORIZO A LOS DOCTORES DE HEALTHFIRST MEDICAL GROUP PARA EL TRATAMIENTO Y CUIDADO MÉDICO PARA MI, Y MI FAMILIA.

DIRECTIVAS AVANZADAS ESTÁN DISPONIBLES POR PEDIDO. (DNR Y VIVIR HACEN)

Autorizo mandar o entregar toda la información necesaria a las especialites si se require referidos para cuidado médico.

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

(El Padre Si Es Menor)

CONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTICIA DE PRIVACIDAD

Me han Presentado la Poliza de noticia de Privacidad con copia a HealthFirst Medical Group's, detallando, como mi información puede ser usada y divulganda con el permiso de la Ley Federal y Estatal. Yo entiendo el contenido de esta noticia, y informando las siguientes restricciones, al uso de al información médica personal:

Además, permito que una copia sea usada en lugar del original.

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

.....
Para uso interno solamente:

Si el paciente o representante del paciente se niega a firmar el recibo de noticia, por favor documente a quién le fue presentado. La fecha, y la hora en que fue presentado. Firme donde esta indicado y presentalo su supervisor immediatanto para revisarlo.

Presentado (fecha y hora): _____

Por (nombre y ocupacion): _____

Supervisor (nombre y ocupacion): _____