



# Providence Medical Group

Médico de cabecera \_\_\_\_\_ Médico que lo refirió: \_\_\_\_\_

Updated: **INFORMACION DEL PACIENTE**

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Código de área: \_\_\_\_\_

# de teléfono de la casa y / o celular \_\_\_\_\_ # de seguro social: \_\_\_\_\_

Parte responsable: (si no es el paciente) \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Raza:(favor de elegir una) Blanco Asiático Americano africano Nativo americano o Nativo de Alaska  
Nativo de Hawaii u de otra isla del Pacifico Otro Se reusa a reportar

Etnicidad: Hispano o Latino No hispano o Latino Se reusa a reportar

Language principal: Inglés Español ¿Necesita interprete? Sí No

Compañía para la que trabaja: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico para portal de la red: \_\_\_\_\_

Farmacia de elección y dónde queda: \_\_\_\_\_ Contacto de emergencia y número telefónico: \_\_\_\_\_

¿Cómo quiere recibir recordatorios de sus citas?:( Favor de marcar sólo uno) Teléfono de casa Celular Mensaje de texto

## \*\*\*SEGURO MEDICO

Seguro principal: \_\_\_\_\_ Seguro secundario: \_\_\_\_\_

# de Identificación # de Grupo # de Identificación # de Grupo

Dueño de la póliza: \_\_\_\_\_ Dueño de la póliza: \_\_\_\_\_

**\*\*\*Si Ud. no presenta una copia de su tarjeta de seguro médico, usted será responsable por todos los cargos de la oficina y de cirugía hasta que recibamos una copia del frente y el dorso de su tarjeta de seguro médico.**

## Dueño de la póliza de seguro médico (Si no es usted mismo)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Código de área \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa Teléfono celular Teléfono del trabajo

Relación al paciente: \_\_\_\_\_ Compañía para la que trabaja: \_\_\_\_\_

**Asignación y autorización del seguro médico/Consentimiento al tratamiento:** A través de esta autorizo al Grupo Médico de Providence a proveer información a las compañías de seguro médico acerca de mi enfermedad o tratamientos y los de mis dependientes y a través de esta le asigno a mi(s) médico(s) todos los pagos por servicios médicos prestados a mí o a mis dependientes. Entiendo que soy responsable por cualquier cantidad que mi seguro médico no cubra. **(Tiene que ser firmado sin importar el tipo de seguro médico)**

Firma

Fecha:

**Consentimiento de por vida - Para pacientes de Medicare solamente:** Pido que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se me paguen a mí o se paguen en mi nombre al Grupo Médico de Providence por cualquier servicio que yo haya recibido de mi médico. Yo autorizo a cualquiera que tenga información sobre mí a ceder dicha información a la administración financiera de salud y a sus agentes para determinar estos beneficios o los beneficios pagables por servicios relacionados.

Firma:

Fecha:

Rev. 7/2015