



Providence Medical Group

Médico de cabecera _____

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 Américo 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