

REGISTRO DE PACIENTES ADULTOS

(Por favor, imprima)



Fecha: _____

PACIENTE: _____
(Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)

Fecha de nacimiento: _____ Hombre Mujer

Correo electrónico: _____

SSN: _____ Estado Civil: _____

Dirección/P.O. Box: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Empleador: _____ Teléfono de trabajo: _____

Dirección/P.O. Box: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Seguro Médico

Marque la casilla si paga por cuenta propia

Compañía de Seguros Primaria: _____

Póliza: _____ # Grupo: _____ # Plan: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador del titular de la póliza: _____ Relación con el paciente: _____

Compañía de Seguros Secundaria: _____

Póliza: _____ # Grupo: _____ # Plan: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador del titular de la póliza: _____ relación con el paciente: _____

Farmacia preferida: _____ **Teléfono** _____

En caso de emergencia, ¿a quién se debe notificar? _____ Teléfono: _____

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN / AUTORIZACIÓN DE MEDICARE

Solicito que el pago de los beneficios médicos autorizados para incluir todos los beneficios de Medicare se realice en mi nombre a Matthews-Vu Medical Group por cualquier servicio que se me brinde. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar al pagador del seguro y/o al Centro de Servicios de Medicare y Medicaid o sus agentes cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por los servicios facturados. Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. Mi firma autoriza la divulgación de información a la aseguradora o agencia que se muestra en los casos asignados de Medicare, Matthews-Vu Medical Group acepta la determinación de la aseguradora de Medicare. El coseguro y el deducible se basan en la determinación del cargo de la aseguradora de Medicare.

Entiendo que el pago de toda la atención médica se debe realizar en el momento del servicio. El paciente, padre y/o tutor legal que firma este formulario es responsable de todos y cada uno de los copagos, deducibles, coseguros y/o saldos impagos no cubiertos por el seguro, independientemente de su estado civil. Entiendo que soy responsable de cualquier costo incurrido en el cobro de la cuenta de un paciente en caso de incumplimiento, incluidos los honorarios razonables de abogados y los costos judiciales. Por la presente otorgo permiso a Matthews-Vu Medical Group para divulgar cualquier información pertinente a mi compañía de seguros si así lo solicita, y también autorizo el pago directamente a Matthews-Vu Medical Group. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan eficaz y válida como el original.

Firma del paciente/padre/tutor

Nombre impreso del paciente/padre/tutor

Fecha

¿Cómo conociste nuestra práctica? _____