

Conner Family Health Clinic, PLLC

Bienvenido a nuestra practica. Ayudenos por favor le servimos mejor tomando unos minutos para proporcionar la información siguiente.

Información Del Paciente

Nombre y Apellido del paciente	Fecha de Nacimiento: - -	Numero de Seguro Social: - -	Idioma Principal	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección y Apt. #			Ciudad	Estado y Código Postal
Telefono de Casa - -	Telefono de Celular - -	Telefono de Trabajo - -	Dirección Electronica del Paciente	
Raza <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otra		Identidad Etnica <input type="checkbox"/> Hispano or Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano or Latino		Status Matrimonial <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viuda/o <input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Desconocido/a <input type="checkbox"/> Separado/a

Información del Responsable del Pago (si es diferente del paciente):

Nombre	Relación con el paciente	Telefono de Casa - -	Telefono de Celular - -
Dirección	Apt. #	Ciudad	Estado & Código Postal

Contacto de emergencia:

Nombre	Relación con el paciente	Telefono de Casa
---------------	---------------------------------	-------------------------

Responsabilidad Financiera y Asignación de beneficios del seguro:

Yo garantizo el pago a Conner Family Health Clinic de todos los cargos por los servicios suministrados al paciente. Yo entiendo que soy personalmente responsable por todos los cargos no cubiertos por el seguro. Yo autorizo el pago de cirugía y beneficios medicos, los cuales podrían de otra manera ser pagados por mí a Conner Family Health Clinic por servicio suministrados. Si existe cobertura de Medicare o Medicaid, yo certifico que la información suministrada por mi en la aplicación para el pago, bajo los Titulos V, XVII, y/o XIX del Acta de Seguro Social es correcta.

Consentimiento para el cuidado de la salud y suministro de information medica:

Yo voluntariamente estoy de acuerdo y autorizo los procedimientos, el tratamiento y cuidados de la salud de los médicos y personal de la clínica. Yo estoy consciente que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta. No se me han dado garantías con respecto al resultado de tratamiento o exámenes por parte de quienes me suministran el cuidado medico. Yo autorizo el uso y revelación de información privada-protegida sobre mi salud para el tratamiento, pago y procedimientos clínicos. Yo he leído este formulario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y mis preguntas han sido contestadas.

Firma del paciente o persona autorizada: _____ **Fecha:** _____

Responsable del seguro o Responsable financiero, si es distinto del anterior: _____