

Nombre del consultorio: Camilla Marquez, M.D.

FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE (Llenar a mano)

Datos demográficos del paciente	Nombre:	_____	Número de seguro social:	_____	_____	_____
	Apellido:	_____	Edad:	Años _____	Meses _____	_____
	Fecha de nacimiento:	_____	Sexo:	Masculino _____	Femenino _____	_____
	Domicilio del hogar	_____	Estado civil:	Soltero _____	Casado _____	Viudo _____
	Ciudad, Estado, CP	_____	Empleador:	_____	_____	_____
	Teléfono de casa:	_____	Ocupación:	_____	_____	_____
	Teléfono celular:	_____	Domicilio del trabajo:	_____	_____	_____
	Correo electrónico:	_____	Teléfono del trabajo:	_____	_____	_____
	Contacto de emergencia Nombre y relación:	_____	Teléfono de emergencia (otro que no sea el de casa):	_____	_____	_____

Información de la parte que consiente (si no es el paciente)	Nombre:	_____	Número de seguro social:	_____	_____	_____
	Apellido:	_____	Edad:	Años _____	Meses _____	_____
	Fecha de nacimiento:	_____	Sexo:	Masculino _____	Femenino _____	_____
	Domicilio del hogar	_____	Empleador:	_____	_____	_____
	Ciudad, Estado, CP	_____	Ocupación:	_____	_____	_____
	Teléfono de casa:	_____	Domicilio del trabajo:	_____	_____	_____
	Teléfono celular:	_____	Teléfono del trabajo:	_____	_____	_____
	Relación con el paciente:	_____	_____	_____	_____	_____

Información del seguro médico	<u>Nombre de su seguro primario:</u>	_____	Tarj. de seguro proporcionada:	Sí _____	No _____
	Nombre del Asegurado:	_____	ID del asegurado:	_____	_____
	Domicilio de la aseguradora:	_____	Id del grupo:	_____	_____
	Fecha de nacimiento del asegurado:	_____	Proveedor de atención primaria (PCP) asignado:	_____	_____
	<u>Nombre de su seguro secundario:</u>	_____	Tarj. de seguro proporcionada:	Sí _____	No _____
	Nombre del Asegurado:	_____	ID del asegurado:	_____	_____
Domicilio de la aseguradora:	_____	Id del grupo:	_____	_____	
Fecha de nacimiento del asegurado:	_____	Proveedor de atención primaria (PCP) asignado:	_____	_____	

Consentimiento para tratamiento	Por medio del presente le doy mi consentimiento al médico asignado para que me atienda para proporcionarme los cuidados para el tratamiento médico o quirúrgico o estoy plenamente autorizado por el paciente como su representante general para dar el consentimiento para dicho tratamiento. Por medio del presente doy mi consentimiento para la divulgación de información médica a médicos consultores y a otro personal médico, según se requiera en el curso del tratamiento, hasta revocar este consentimiento por escrito.
---------------------------------	---

Responsabilidad financiera	Por medio del presente autorizo el pago directo al médico que me atienda por concepto de cualquier servicio médico/quirúrgico pagadero por mi parte bajo las condiciones de mi póliza de servicios brindados. Por medio del presente doy mi consentimiento a la(s) persona(s) autorizada(s) para la divulgación de información financiera y médica relacionada con el cuidado, tratamientos y cargos según sea necesario para completar todas las remuneraciones por los servicios. Entiendo que soy responsable financieramente ante la oficina mencionada anteriormente por los servicios brindados. En el evento de una acción de cobranza, yo seré responsable por cualquier cargo legal en el que se incurra. Estoy al tanto de que todos los montos de copagos se vencen al momento de la visita y se deben pagar antes de que los servicios sean brindados. Estoy al tanto de que soy personalmente responsable por cualesquiera y todo servicio no cubierto bajo mi plan de seguro médico, o los montos de deducibles/coaseguro que se venzan con anterioridad a la cobertura activa. Entiendo que soy financieramente responsable por cualesquiera y todo costo relacionado con pruebas de laboratorio, como parte de mi atención médica, que se proporcionen y que no estén cubiertas por mi plan de seguro médico actual. Entiendo que se emitirá una factura para mi persona por el pago de cualquier servicio no pagado/no cubierto.
----------------------------	---

Aviso de prácticas de privacidad	Por medio de la firma de esta forma, reconozco que se me ha dado la oportunidad de leer el aviso de prácticas de privacidad en su totalidad y que se me ha ofrecido una copia del documento. Además, reconozco y entiendo mis derechos y las formas en las que mi información médica protegida podrá o no podrá ser utilizada y/o divulgada en relación a mi estado de salud y los servicios recibidos.
----------------------------------	---

¿Cómo supo de nuestra oficina?	Ferías de la salud	Amigos o familiares	Asignación de seguro	Búsqueda en línea	Referencias	Si fue referido, ¿quién lo refirió?
Circule el método que prefiere para que le contactemos.	Texto	Llamada	Correo electrónico	Correo		

Firma del paciente / de la parte que consiente

Fecha