



A. INFORMACION DEL PACIENTE (Use el nombre que esta escrito en el Seguro o certificado de Nacimiento)

Apellido del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Nombre del Paciente: _____ Sexo: _____
Segundo Nombre del paciente: _____ Etnicidad/Raza: _____
Direccion: _____ Idioma: _____
Apt: _____ Ciudad: _____ No. de telefono: _____
Estado: _____ Codigo Postal: _____ Correo Electronico: _____

Le concede el permiso a Family's Health Care para enviar mensaje de texto con respecto a citas o comentarios Si ___ No ___

B. SI EL PACIENTE ES UN NIÑO, INFORMACION DE LA MADRE/GUARDIAN #1 ___ Madrastra ___ otro

Apellido: _____ No. De Telefono: _____
Primer Nombre: _____ No. De Celular: _____
Direccion (sin es diferente a la del niño) _____ No. De Trabajo: _____
Empleado por: _____ Correo Electronico: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____

C. SI EL PACIENTE ES UN NIÑO, INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN #2 ___ Padrastra ___ Otro

Apellido: _____ No. De Telefono: _____
Primer Nombre: _____ No. De Celular: _____
Direccion: _____ No. De trabajo: _____
Empleado po: _____ Correo Electronico: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____

D. CONTACTO DE EMERGENCIA (Otra persona que no sea Madre/padre del paciente)

Apellido: _____ Relacion al Paciente: _____
Primer Nombre: _____ No. De telefono: _____
Direccion: _____ Correo Electronico: _____

PERSONA AUTORIZADA APARTE DE LOS PADRES EN TRAER AL PACIENTE PARA DISCUTIR Y TOMAR DECISIONES MEDICA:

Persona #1: _____
Persona #2: _____
Persona #3: _____

D. SEGURO DEL ESTADO

Numero de medicaid (tarjeta blanca y roja) _____

MCO: _____ Numero de MCO : _____

Si esta cubierto por otro Seguro privado (atraves de su trabajo, esposo/esposa, etc.)? **SI/NO**

***POR FAVOR TOME EN CUENTA QUE: De acuerdo con Maryland Medicaid, si usted o su nino esta cubierto por otro Seguro medico, Medicaid siempre sera el de cobertura secundaria y su seguro privado recibira los primeros cobros de acuerdo a que los beneficios sean coordinados apropiadamente.** Usted es responsable de dejar sabe a Medicaid si tiene otro Seguro. Si usted no prove esta informacion y las visitas no son cubiertas por Medicaid, usted sera responsable de cualquier balance de la cuenta que usted tenga.

D. SEGURO PRIVADO

Seguro primario: _____ Numero de Seguro: _____

Nombre del suscriptor: _____ Numero de Grupo: _____

(persona que se inscribio en el plan de salud)

Fecha de Nacimineto del suscriptor: ___/___/___ Telefono de empleador _____

Relacion al paciente: _____ No. de Seguro social: _____

Nombre de otro Seguro: _____ Numero de Seguro: _____

Nombre del suscriptor: _____ Numero de Grupo: _____

(Persona que se inscribio en el plan de salud)

Fecha de nacimiento del suscriptor: ___/___/___ Telefono de empleador: _____

Relacion al paciente: _____ No. de Seguro social _____

E. CONSENTIMIENTO Y ACUERDO

Yo autorizo el uso y/o revelacion de mi informacion medica para tratamineto, pago y otras operaciones de atencion medicas, de acurdo co la ley de: Aseguranza, Salud, accountability y portabilidad efectiva a partir de el 14 de Abril del 2003 (HIPPA) para sus siglas en ingles. Se me ha dado la oportunidad de revisar una copia del "informe de Privacidad". Entiendo que informacion del paciente sera guardada electronicamente para los records de mi proveedor primario.

Se me ha dado la oportunidad de revisar el informe de "CIQN". Entiendo que informacion del paciente sera guardada electronicamente para los records de mi proveedor primario y que en un resumen medico estara disponible para otros proveedores atravez de CIQN. Entiendo que tengo derecho de no aceptar que otros proveedores tengan acceso a los records de infprmacion medica a travez de CIQN. (Por favor dejenos saber en caso de que usted decida que la informacion medica no sea comparted.)

Autorizo que el Seguro tenga acceso de informacion medica y autorizo que los beneficios de la aseguranza sean pagados directamenete a Family's Urgent Care, LLC, y que yo podria ser responsable de pagar cualquier servicio que no este cubierto por el Seguro. Los servicios medicos seran submitidos a la compania de Seguro de acuerdo con la informacion que usted nos haya proveido. Si los pagos no son recibidos despueds de 60 dias del dia de servicio o debido algun error en la informacion del Seguro que usted nos haya proveido el dia de su visita, la cuenta sera enviada a una agencia de coleccion y podran haber cargos extras.

Una vez firme esta forma esta autorizando que apliquemos ciertos tratamientos medicos, diagnosticos y/o tratamientos terapeuticos y/o cirugia que nuestros doctors requieran para proveerles el cuidado a usted y/o su hijo/hija(s).

Patient/Parent/Guardian signature: _____ Today's date ___/___/___

Parent/Guardian Print Name: _____