



INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____
(Primer) (Apellido)

Fecha de Nacimiento: ____/____/____
(Mes) (Día) (Año) Sexo: Masculino Femenino

Dirección: _____
(Numero de Casa) (Nombre de Calle) (Numero de Apartamento) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

 Tel. de Casa: _____  Celular: _____

 Correo Electrónico: _____ Seguro Social: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Acompañó(a) Separado(a) Viudo(a)

Raza/Etnicidad: Blanco Afroamericano Hispano/Latino Asiático Nativo Americano Otro: _____

Método de Contacto: Casa Celular Correo Electrónico Lenguaje: Inglés Español Otro: _____

Nombre de Empleador: _____

Dirección de Empleador: _____
(Numero) (Nombre de Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____ Numero de Tel: _____

SEGURO PRIMARIO

Nombre del Seguro: _____

ID #: _____

Nombre del Titular de Seguro: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____
(Mes) (Día) (Año)

Relación con el Titular del Seguro:

Yo Esposo(a) Hijo(a) Pareja Domestica

SEGURO SECUNDARIO (SI APLICA)

Nombre del Seguro: _____

ID #: _____

Nombre del Titular de Seguro: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____
(Mes) (Día) (Año)

Relación con el Titular del Seguro:

Yo Esposo(a) Hijo(a) Pareja Domestica

FARMACIA

Nombre de Farmacia: _____ Numero de Tel.: _____

Dirección: _____

CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, el abajo firmante, reconozco que he leído la copia del Aviso de prácticas de privacidad de **South Shore Family Practice (Phoenix Health & Wellness Management Corp.)**. Si tengo alguna pregunta sobre la política, la discutiré con mi médico o el oficial de cumplimiento del grupo.

X _____
Firma del Paciente (o padre o tutor del paciente) Imprimir Nombre Fecha

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Por el presente solicito y autorizo a **South Shore Family Practice (Phoenix Health & Wellness Management Corp.)** a llevar a cabo los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como tratamientos médicos, según se determine necesario conforme al criterio médico profesional de mi médico tratante, que incluye, entre otros, electrocardiogramas, pruebas de sangre y la administración de medicamentos y vacunas, así como la obtención de mi historial medical electrónico, según proceda. Estoy consciente de que la práctica de la medicina y los procedimientos relacionados no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías con respecto al resultado de ningún procedimiento, tratamiento o pruebas.

X _____
Firma del Paciente (o padre o tutor del paciente) Imprimir Nombre Fecha

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE A UNA SEGUNDA PARTE

Al firmar a continuación, por la presente doy permiso a **South Shore Family Practice (Phoenix Health & Wellness Management Corp.)** para discutir con las siguientes personas información relacionada con los servicios de atención médica que recibo en el consultorio / práctica médica mencionada anteriormente. Acepto que esta información se limitará a la programación de citas (fecha y hora), programación de procedimientos (fecha, hora e información de preparación) prescripción re-llenado, resultados de pruebas de laboratorio, resultados de exámenes radiológicos y consultas de facturación. Acepto que esto no incluye la capacidad de las personas que se indican a continuación de autorizar la divulgación de mi información médica protegida a un tercero o de solicitar en mi nombre una copia de mi información médica. Acepto que esta autorización permanecerá activa hasta que la revoque enviando una autorización actualizada al consultorio médico mencionado anteriormente.

Nombre de la Persona _____ Relación al Paciente _____ Numero de Tel _____

Nombre de la Persona _____ Relación al Paciente _____ Numero de Tel _____

X _____
Firma del Paciente (o padre o tutor del paciente) Imprimir Nombre Fecha

GARANTÍA DE PAGO

Como paciente sin seguro, se requiere una tarifa de \$25 por el hisopo nasal.

X _____
Firma del Paciente (o padre o tutor del paciente) Imprimir Nombre Fecha