



INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha de hoy _____

Nombre de la Clinica _____

Informacion del paciente (Nombre Legal)

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____

Domicilio: _____

Cuidad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Telefono de Casa: (____) _____ - _____ # de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Genero: _____ Estado Matrimonial: _____ #de Liscencia: _____

Nombre de Empleado y Direccion: _____ # de trabajo: (____) _____ - _____

direccion de correo electronico: _____ # de celular: (____) _____ - _____

Nombre de persona para una emergencia: _____ # de emergencia: (____) _____ - _____

Por favor diganos como usted se entrero' sobre nosotros

INFORMACION DE GERENTE: (Ponga a la persona responsable de la cuenta-ponga el nombre lleno legal no apodos)

Relacion de garante al paciente: Usted ___ Pareja ___ Padre ___ Otra relacion al paciente _____

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial: _____

Domicilio: _____

Cuidad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Telefono de casa: (____) _____ - _____ # de Seguro Social: _____

Fecha de nacimineto: _____ Edad: _____ Genero: Feminina ___ Masculino ___

Empliado Nombre y Direccion: _____ # de Trabajo: (____) _____ - _____

INFORMACION DE ASEGURANCA: (Por favor permitta la recepcionista a copiar sus tarjetas de seguros)

ASEGURANSA PRIMARIA:

Nombre de plan de Aseguransa: _____ Nombre de Asegurado: _____

de Seguro Social: _____ Asegurados fecha de nacimiento: _____

de Polisa: _____ # de Grupo: _____ Fecha efectiva: _____

Direccion y telephono de Aseguransa: _____

ASEGURANCA SECUNDARIA:

Nombre de plan: _____ Nombre de Asegurado: _____

de Seguro Social de Asegurado: _____ Fecha de nacimiento de Asegurado: _____

de Policia: _____ # de Grupo: _____ Fecha efectiva: _____

Direccion y telephono de Aseguransa: _____

Por favor leer y firmar El reverso de esta forma

**EL GRUPO de la ASISTENCIA SANITARIA de
MEDICAEDGE las REVELACIONES PACIENTES de
FORMA de MATRICULA Y LOS CONSENTIMIENTOS**

Nombre de Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Primer Nombre Inicial Apellido

ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS:

I hereby authorize direct payment of my insurance benefits to MedicalEdge Healthcare Group or the physician individually for services rendered to my dependents or me by the physician or under his/her supervision. I understand that it is my responsibility to know my insurance benefits and whether or not the services I am to receive are a covered benefit. I understand and agree that I will be responsible for any co-pay or balance due that MedicalEdge is unable to collect from my insurance carrier for whatever reason.

MEDICARE/MEDICAID/CHAMPUS INSURANCE BENEFITS:

I certify that the information given by me in applying for payment under these programs is correct. I authorize the release of any of my or my dependent's records that these programs may request. I hereby direct that payment of my or my dependent's authorized benefits be made directly to MedicalEdge Healthcare Group or the physician on my behalf.

AUTHORIZATION TO RELEASE NON-PUBLIC PERSONAL INFORMATION:

I certify that I have received and read a copy of the MedicalEdge Healthcare Group Patient Information Privacy Policy. I hereby authorize MedicalEdge Healthcare Group or the physician individually to release any of my or my dependent's medical or incidental non-public personal information that may be necessary for medical evaluation, treatment, consultation, or the processing of insurance benefits.

AUTORIZACION DE ENVIARSE, PARRA LLAMARSE O ENVIAR POR CORREO ELECTRONICO:

Certifico que entiendo los riesgos de intimidad del correo, llamadas telefonicas, o envoi mi por correo electronico con comunicaciones en cuanto a mi atencion de salud, incluyendo, pero no limitado con tales cosas como recordatorios de cita, refferal disposiciones, y resultados de laboratorio. Entiendo que tengo el derecho de rescindir esta autorizacion en cualquier momento por notificando MedicalEdge el Grupo de Atencion de salud a aquel efecto por escrito.

SERVICIOS DE LABORATORIO /RAYO X/ DIAGNOSTICO:

Entiendo que puedo recibir una cuenta (ley) separada si mi asistencia medica incluye el laboratorio, el rayo x, o otros servicios diagnosticos. Mas lejos entiendo que soy solvente para cualquier Co-paga o saldo debido para estos servicios di ellos no son reembolsados por mi seguro para cualquier razon.

CONSIENTO AL TRATAMIENTO

Yo consentimiento a la evaluacion, laboratorios, y tratamiento de Medical/edge y asociados.

LA FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

FIRMA DEL GARANTE: _____ **FECHA:** _____
(Si diferente del paciente)

EL NOMBRE DE GARANTE (Por Favor Impresion): _____



ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de la Visita: _____

Yo comprendo y reconozco que tengo la responsabilidad financiera de todos los cargos y gastos por servicios médicos no pagados por mis seguros. Esto incluye cualquier servicio médico y visitas al médico, revisiones médicas preventivas o revisiones médicas, pruebas del laboratorio, rayos-X, electrocardiogramas y cualquier otro servicio diagnóstico pedido por el médico o por el personal médico.

Comprendo y reconozco que es mi responsabilidad o no la del médico o de la Clínica saber si mis seguros médicos pagarán por la visita médica o por los servicios médicos, revisiones médicas o pruebas diagnósticas, pruebas del laboratorio, rayos-X, electrocardiogramas o cualquier servicio diagnóstico o prueba diagnóstica pedidos por el médico o por el personal médico.

Comprendo y reconozco en que es mi responsabilidad saber si mis seguros incluyen cualquier Deducible, Co-pago, Co-seguros, cantidades fuera de la red de seguros médicos, Límites Normales o Corrientes o cualquier otro límite sobre beneficios por los servicios rendidos, y acuerdo pagar la totalidad.

Comprendo y reconozco que es mi responsabilidad saber si mi médico o proveedor de servicios médicos que tengo es un proveedor contratado en la red de seguros médicos reconocido por mi compañía de seguros médicos o bajo mi plan de seguros médicos. Si mi médico o mi proveedor de cuidado médico no es reconocido por mi compañía de seguros o por mi plan de seguros médicos es posible que rehusen mis reclamaciones y consecuentemente resultará en gastos personales más altos. Comprendo y reconozco que soy responsable financieramente y que debo de pagar la totalidad.

Comprendo y reconozco que es mi responsabilidad saber si mi elección de PCP ha sido procesada por mi compañía de seguros o mi plan de seguros. Si yo he pedido un cambio de PCP que no es procesado por mi compañía de seguros médicos, comprendo que puede resultar en el rechazo de mis reclamaciones. Comprendo y reconozco que tengo la responsabilidad financiera y pagaré la totalidad.

Firma: _____ Fecha: _____
(favor de firmar aquí—Paciente u otra persona responsable)

Nombre de la persona responsable: _____
(favor de escribir el nombre de la persona responsable si no es el paciente)

