

## FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL PACIENTE

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Cuenta \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre(Apellido) \_\_\_\_\_ Primer \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección de Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Estado Civil/Marital  Soltero  Casado  Viudo  Divorciado Sexo  F  M

Médico de Atención Primaria \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ ¿Se permiten las llamadas?  S  N

¿Tiene algo que ver con su lesión en el trabajo?  S  N Workers Comp. Carrier \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE / PADRE

Nombre \_\_\_\_\_ Número Seguro Social \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ ¿Se permiten las llamadas?  S  N

Seguro Primario \_\_\_\_\_ Seguro Primario \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Número de \_\_\_\_\_ Número de

Identificación # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_ Identificación # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO** \_ Si NO tiene seguro, por favor marque esta casilla:

¿Cómo va a pagar?  Seguro  Dinero en Efectivo  Cheque  Medicare  Medicaid

### CONTACTO DE EMERGENCIA (aparte del cónyuge / padre)

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

### POR FAVOR LEA, FIRME Y DEVUELVA A LA RECEPCIONISTA

Yo, el que firma, autorizo a Grants Pass Surgical Associates, P.C. por cualquier compañía de seguros que tenga para todos los beneficios médicos y quirúrgicos, si los hay, que de otra manera serían pagados a mí por los servicios rendidos. Reconozco que soy responsable financieramente de todos los cargos ya sea que los pague o no el seguro, Medicare y/o Medicaid. Si es necesario efectuar cobros, me comprometo a pagar todos los cargos, incluyendo los gastos razonables de abogados. Yo autorizo al doctor a facilitar toda la información necesaria para asegurar los beneficios. También entiendo que debido al costo del técnico de ultrasonido se necesita un aviso de por lo menos 24 horas de antelación para cancelar estas citas. SI NO NOTIFICO A ESTA OFICINA AL MENOS 24 HORAS ANTES DE MI CITA, SE ME COBRARÁ UNA TARIFA DE 85 DÓLARES PARA EL TÉCNICO.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_