



Medical Care PLLC

www.medicalcarepllc.com

2022

POR FAVOR USE TINTA NEGRO Y PRESIONE FIRMEAMENTE

Gracias por tomarse el tiempo de llenar la siguiente información. Es necesario que Medical Care PLLC para actualizar historia clínica de cada paciente al año con el fin de atender las necesidades médicas del paciente. Por favor, asegúrese de que cada pregunta se responde correctamente. La información incorrecta o faltante puede dar lugar a problemas con los seguros y / o la falta de contacto con el paciente a no tener información correcta. La información que usted nos de es importante.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Segundo: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Dirección de Envío (si es diferente): _____

Teléfono Principal: (_____) _____ Teléfono Secundario: (_____) _____

Número de Seguro Social: _____ Estado Civil: _____

Teléfono de Emergencia: (_____) _____ Relación: _____

E-Mail: _____ Empleador: _____

Masculino: _____ Femenino: _____ Hispánico/Latino Sí: _____ No: _____

Raza: White _____ Black/African American _____ Asian _____ American Indian/Alaskan _____ Otro _____

Condiciones de Venta: EFECTIVO SEGURO PRIVADO MEDICARE TNCARE

Por favor, tenga tarjeta de seguro y licencia de conducir disponibles.

PERSONA RESPONSABLE (SE REQUIERE SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS)

Nombre: _____ Segundo: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Relación al Paciente: _____ Si un estudiante, nombre de la escuela: _____

SEGURO DE INFORMACIÓN DE LA TARJETA (SI NOMBRE ES DIFERENTE DE LA TARJETA)

Nombre: _____ Segundo: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Relación al Paciente: _____



Medical Care PLLC

www.medicalcarepllc.com

2022

Acct: _____

PACIENTES CON MEDICARE

Solicito que pagos autorizados por Medicare, por servicios proveidos a mi persona, se hagan a mi nombre o a Medical Care, PLLC, en mi nombre. Yo autorizo la entrega de cualquier informacion medica mia al Health Care Financing Administration y sus agentes; con el proposito de determinar los beneficiarios a pagar. Comprendo que MEDICARE no paga por medicamentos o inyecciones y que soy responsable economicamente por cualquier cobro que no sea pagado por MEDICARE. Por cortesia MEDICAL CARE, PLLC mandara la solicitud de pago a mi compania de seguros, pero yo soy responsable de pagar lo que ellos no paguen.

TENNCARE Y OTRA CLASE DE SEGURO

Yo autorizo la entrega de mi informacion medica necesaria para procesar el pago de servicios profesionales y tratamiento medico ortorgado a mi persona en Medical Care, PLLC. Y autorizo el pago de dichos servicios en mi nombre. Me hago responsable por deudas que no sean pagadas por mi compania de seguros. Gualmente es mi responsabilidad pagar cualquier gasto que Medical Care, PLLC tenga en el proceso de colectar esta deuda, incluyendo gastos de servicios legales de abogado y multas de corte. Tambien comprendo que es necesario que yo entregue a MEDICAL CARE, PLLC la informacion correcta contenida en mi tarjeta del seguro, para que mi deuda pueda ser tramitada.

FIRMA: _____ Nombre escrito: _____

FIRMA: _____

REGLAMENTO CONCERNIENTE A PRIVACIDAD DE INFORMACION

En obediencia al reglamento estatal y federal, MEDICAL CARE, PLLC no entregara informacion medica o personal a ningun individuo o compania sin la autorizacion escrita del paciente. El paciente tiene la opcion de revocar esta autorizacion en cualquier momento. Por favor indequenos cual informacion, puede ser entregada, a quien y por cual metodo de comunicacion.

Marque aqui

Podemos contactar usted con el proposito de darle cita o medicamento? _____

En caso que MEDICAL CARE, PLLC no pueda comunicarse con usted, hay alguna persona a de su confianza con quien podriamos hablar y dar la informacion?

Relacion al paciente / numero de telefono

Si paciente es menor de edad. Yo autorizo las siguientes personas a llevar mi nino a MEDICAL CARE, PLLC para tratamiento.

Relacion al paciente / numero de telefono

Si usted no desea que discutamos ciertas partes de su record medico con esta persona, favor de indicar en la linea.
