



INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre _____ Apellido _____ Fecha De Nacimiento ____ / ____ / ____
Sexo: M F Seguro Social ____ - ____ - ____ # Lic: _____ Est. Matrimonial: S M D W
Email: _____ @ _____ Lenguaje Preferido Español Ingles _____ Raza _____
Permiso para acceso al EHR: Nombre: _____ email _____ @ _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Est ____ Cod.Postal: _____
Tel Casa(____) _____ - _____ # Cell(____) _____ - _____ # Trabajo(____) _____ - _____
Ocupación: _____ Empleador: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Est ____ Cod.Postal: _____
Cónyuge: _____ #Tel (____) _____ - _____
Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ #Tel (____) _____ - _____

INFORMACION DE ASEGURANZA

de Medicare _____ # de Medi-Cal _____

■ Seguro Primario

Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento.: ____ / ____ / ____
Numero de Identificación: _____ Numero de Grupo: _____

■ Seguro Segundo

Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento.: ____ / ____ / ____
Numero de Identificación: _____ Numero de Grupo: _____

Yo, el suscriptor, estoy de acuerdo que si el paciente o you, mas tarde se determino “no elegibles” por los servicios prestados por Sana Medical Group. Que me hago responsable pro el pago. si el paciente es menor de 18 años el suscriptor es responsable del pago.

Firma _____ Fecha _____
Patient or Legal Guardian

AUTHORIZACION PARA TRATAMIENTO

Yo autorizo Sana Medical Group Inc. a divulgar mi información médica necesaria para procesar este reclamo. Yo permito que una copia de esta autorización para ser utilizado en el lugar de la original. Tambien autoriza a solicitar los beneficios de mi parte por los servicios cubiertos por esta oficina. Solicito el pago de mi compañía de seguros se hicieron directamente a Sana Medical Group Inc. Yo certifico que la información que han reportado en lo que respecta a la cobertura del seguro es la correcta. Yo permito que una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar del original

RECEPCIÓN DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por la present autorizo a Sana Medical Group para la prestacion de servicios que se consideran necesarios para la atencion medical. Si el paciente es menor de 18 años, los padres / tutores de atención autoriza a Sana Medical Group. Se me ha proporcionado una copia del Aviso Sana Medical Group de Prácticas de Privacidad.

He leído y entendido las dos partes de este documento y Herby doy mi autorización para Sana Medical Group Inc.

Firma _____ Fecha _____
Paciente ó Tutor Legal