

Fecha _____ Doctor Primario _____

Informacion de Paciente

Apellido: _____ Primer Nombre _____ Estado Civil
 Soltero(a) Casado(a)
 Divorciado(a) Separado(a)
 Viudo(a)

Este es su nombre legal? Si No Si no, cual es su nombre legal? _____
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Sexo M F
 Numero De Social Security: _____

Correo Electronico: _____ Marque aqui si no quieres recibir mensajes electronico

Direccion: _____ P.O. Box: _____ Apartamento # _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____ Numero De Telefono: () _____

Occupacion: _____ Empleador: _____ Numero de Empleador: _____

Elijas como aprendio de MetroUrgicare
 Familia Amistad Cerca de Casa/Trabajo Internet Periodico Referido Por Su Doctor
 Seguro de Medico Hospital Folletos Pharmacia Presentacion Empleador
 Escuela Otro _____

Informacion de Seguro

(Por favor entrega su tarjeta de seguro a la recepcionista)

Nombre De Seguro: _____ Dirreccion de Seguro _____ Numero Telefono de Seguro: () _____

Numero de polica _____ Numero de grupo _____

Relacion con la persona asegurada: Yo Esposo(a) Hijo(a) Otro _____

Nombre de seguro secundario: _____ Numero de polica: _____ Numero de grupo: _____

Relacion con la persona asegurada: Yo Esposo(a) Hijo(a) Otro _____

En Caso de Una Emergencia

Nombre de la persona _____ Relacion al paciente: _____ Numero Tel: () _____

La informacion anterior es verdadera a lo mayor de mi conosimientos. Autorizo a mis beneficios de seguro a pagar directamente al medico. Entiendo que so financieramente responsable por cualquier saldo. Tambien autorizo a MetroUrgicare y mi seguro medico a dar cualquier informacion recuerda para procesar mis reclamos.

Patient/Guardian Signature _____ Date _____

METRO URGICARE

AUTORIZACION Y LIBERACION

AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO: Yo libremente consiento a la administracion y el costo de medico y quirurgico procedimientos para mi o mis dependientes.

Asignacion de beneficios de seguro: Yo autorizo el pago directamente a Metro Urgicare para todas las prestaciones pagaderas a mi.

GARANTIA DE PAGO: Yo entiendo que soy responsable y estoy en acuerdo de pagar todos los cargos que no son facturados o pagados al seguro, o cualquier otro tercer pagado. Yo entiendo que tengo que pagar en su totalidad por todos los servicios de hoy al menos que mi seguro medico no sea aceptado. Tambien entiendo que tengo que pagar todos los costos aplicables en el dia de servicios.

DIVULGACIONES DE REGISTROS MEDICOS: Yo autorizo a Metro Urgicare el consentimiento de liberar (sea verbal o escrito) informacion medica y confidencial a cualquier persona o entidad incluyendo la compania de mi seguro medico, y empleados (solo si los tratamientos medicos son relacionados a mi empleo) o, otros cuidados de salud y operaciones de atencion medica que pueda ser responsable a mi o mis medico(s).

Recepcion de practica de privacidad: Yo reconozco que he recibido y lea el aviso de privacidad de Metro Urgicare, y entiendo que una copia de este acuerdo pueda ser utilizado con la misma efectividad como el original.

FIRMA DE PACIENTE/TUTOR: _____

FECHA: _____



AVISO DE RECONOCIMIENTOS DE PRIVACIDAD

Metro Urgicare

1550 University Ave

Bronx New York 105452.

Telephone: 646 350 1616

Yo entiendo que bajo la portabilidad de seguro de salud y actos de rendicion de cuentas, entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respect a mi informacion de salud protegida. Reconozco que he recibido y dado la oportunidad para recibir una copia de mi aviso de privacidad. Tambien entendio que esta facilidad tiene el derecho de cambiar el aviso de privacidad y que puedo contener a la facilidad en cualquie momento para obtener una copia actual del aviso de reconocimientos de privacidad.

Nombre de paciente o tutor (en letra de imprenta)

Fecha

Firma

Para el uso de oficina _____

Hemos hecho lo siguiente para intentor obtener la fima del paciente o tutor reconocimiento de la recepcion de la notificacion de privacidad.

Fecha: _____

Administrador(a): _____