



**Bienvenidos a nuestra clinica**  
*Proveer Informacion Propia*

**2011e**  
 5845 Lafayette Road  
 Indianapolis IN 46254

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Apellido	Nombre	Inicial	Telefono	Cellular
Direccion			Fecha de nacimiento	Sexo M F
Direccion			Seguro social	
Ciudad/Estado/codigo postal			Status casado/a soltero/a divorciado/a viudo/a si casado/a nombre de pareja	
Correo Electronico				
Nombre de Empleador				
Direccion de Empleador			codigo postal	
Telefono de Empleador				
<b>Contacto de Emergencia:</b>				
Relacion: Esposo/a Padre hijo/a otro				
Telefono:				

**INFORMACION DE PARTE RESPONSABLE (Persona trayendo al paciente)** si  
*el paciente es menor de 18 anos*

Apellido	Nombre	Inicial	Telefono	Cellular
Direccion			Fecha de nacimiento	Sexo M F
Direccion			Seguro social	
Ciudad/Estado/codigo postal			Status casado/a soltero/a divorciado/a viudo/a	
Nombre del padre no mencionado arriba				
Nombre de Empleador				
Direccion de Empleador			codigo postal	
Telefono de Empleador				

**Informacion de Asegurancia Medica**

Nota: Al demostrar la informacion de Asegurancia no significa que la aceptamos o que el plan de asegurancia nos acepta a nosotros como el proveedor de su responsabilidad de su plan. La Tarjeta de Asegurancia debe ser mostrada en cada visita

Nombre de Asegurancia Primaria	# de Polisa	# del Grupo
<b>Nombre de Asegurado:</b>	Relacion al Paciente: Propio Esposo/a Padre u otro	
Empleador de Asegurado	<b>Fecha de Nacimiento de Asegurado:</b>	

Nombre de Asegurancia Secundaria	# de Polisa	# del Grupo
<b>Nombre de Asegurado:</b>	Relacion al Paciente: Propio Esposo/a Padre u otro	
Empleador de Asegurado	<b>Fecha de Nacimiento de Asegurado:</b>	

Porfavor de continuar al lado.....

-----

**Consentimiento y Asignacion**

\_\_\_\_\_  
*iniciales*

**Consentimiento:** Autorizo pago directo por cirugias o beneficios medicos a Oliver Family Healthcare. Entiendo que es mi responsabilidad pagar el monto total que la aseguranza no cubra. Day mi autorizacion y consentimiento de dar cualquier tratamiento, exámenes, medicamentos y cualquier procedimientos. Tecnicos que considere necesario el Personal de Oliver Family Healthcare o recomendable para un diagnostico o tratamiento.

\_\_\_\_\_  
*iniciales*

**Garantia de Pago:** Doy mi promesa de pago total de la cuenta del Paciente de acuerdo con los arreglos financieros en el momento de la registracion. Si ningun arreglo se ha echo el pago total debera hacerse en el momento del servicio. Al no hacer esto tomo responsabilidad de cargos del Abogado y los cargos de una agencia de coleccion.

\_\_\_\_\_  
*iniciales*

**Notificacion de Recivimiento:** He recibido la notificacion de Privacida por Parte de Oliver Family Healthcare.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**  
*(o persona autorizada por el paciente/parte responsable)*

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

-----