

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Estado Civil: _____

Direccion: _____
Calle Ciudad/Estado Código PostalNumero Telefónico principal: _____ Celular: Si o No Numero Secundario _____
Correo Electronico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M / H No. Seguro Social: _____

Raza/Etnicidad: _____

Doctor que lo refirio: _____ Doctor de Cabecera (PCP): _____

Farmacia preferida: _____ Ciudad y Ubicacion _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA (SI NO ES USTED)

Nombre: _____ No.Telefonico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M / H Seguro Social: _____ Relacion: _____

Direccion: _____
Calle Ciudad/Estado Código Postal**HIPAA (ACCESO AL ARCHIVO)**

Al enumerar a las personas a continuación, usted está otorgando permiso para que el Falls Canyon Surgical Associates y/o su personal hablen con la(s) persona(s) con respecto a su atención médica en caso de que no pueda ponerse en contacto con nosotros usted mismo. Si usted es menor de edad, nos gustaría saber quiénes son sus padres o tutores legales para que podamos estar seguros de que estamos hablando con el miembro de la familia apropiado.

Nombre _____ Relacion _____

1) _____

2) _____

3) _____

EMPLEO

Estado de Empleo: Retirado Empleado Estudiante Otro: _____

Nombre de Empleo: _____ Telefono#: _____ Fax# _____

Autorizo a Falls Canyon Surgical Associates y a su personal a enviar una nota de trabajo a mi empleador a petición mía.
(iniciales)**EN CASO DE EMERGENCIA**

Nombre: _____ Telefono: _____ Relacion: _____

AUTORIZACION DE LIBERACION DE INFORMACION* ASIGNACION DE BENEFICIOS

Por la presente autorice a Falls Canyon Surgical Associates a divulgar a la compañía de seguros mencionada por encima de cualquier información (puede incluir información protegida por la ley federal, es decir, drogas, abuso de alcohol o información de salud mental) adquirida en el curso del examen de Tratamiento. **Por la presente acepto toda la responsabilidad por todo los gastos incurridos por o a causa de este paciente y por el presente asigno a Falls Canyon Surgical Associates todos y cada uno de los beneficios de seguro debidos a mi en toda la extension de mi obligacion financiera a dicho proveedor. Entiendo que mi cobertura de seguro es una relacion entre mi compania de seguro y yo y acepto la responsabilidad financiera por el pago de los cargos incurridos. En caso de impago, asumiré el costo y/o los costos judiciales y los honorarios legales razonables en caso de que esto sea requerido.**

Firma: _____ Fecha: _____

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

He tenido la oportunidad de leer el Aviso de Practicas de Privacidad. Entiendo que si tengo alguna pregunta o inquietud, o si deseo recibir copias adicionales del aviso, puedo hacerlo llamando a esta oficina. (Si el paciente es un menor, los padres o tutores legales deben de firmar por ellos.)

Firma: _____ Fecha: _____