

Información del paciente – Por favor escriba con letra de imprenta

Nombre del paciente _____
 Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

Sexo: M F Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Dirección _____ Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono de casa _____ Número de teléfono celular _____ Dirección de correo electrónico _____

Empleador _____ Número de teléfono del trabajo _____

Marque uno por favor: Casado(a) Soltero(a) Parejo(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)

Quién es su médico general _____

Farmacia preferida _____ Lugar _____

Información de padre o madre (para menores) o de esposo

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Empleador _____ Dirección _____ Número de teléfono _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Paciente o amigo que no vive con Ud.

Persona de contacto en caso de emergencia _____ Relación _____

Número de teléfono _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

REFERIDO (A)

Si usted es un paciente nuevo, ¿cómo se enteró de la clínica o el médico?

- | | |
|--|---|
| 01 <input type="checkbox"/> Recomendado(a) por amigo o familiar | 08 <input type="checkbox"/> Periódico o Revista |
| 02 <input type="checkbox"/> Washington Regional Medical Center | 09 <input type="checkbox"/> Empleador |
| 03 <input type="checkbox"/> Guía telefónica/ Páginas amarillas telefónicas | 10 <input type="checkbox"/> el Internet o el sitio Web de la clínica |
| 04 <input type="checkbox"/> Mandado(a) a por otro médico _____ | 11 <input type="checkbox"/> La vi de la calle / ubicación de la clínica |
| 05 <input type="checkbox"/> Guía de planes de seguro | 12 <input type="checkbox"/> Otro lugar: Lostelo por favor _____ |
| 06 <input type="checkbox"/> Comité de Bienvenida o Cámara de Comercio | 13 <input type="checkbox"/> Tratado(a) por médico en el hospital |
| 07 <input type="checkbox"/> Feria de Salud de su compañía o comunidad | 14 <input type="checkbox"/> Paciente retornado/ No aplica |

PERSONA QUE ES RESPONSABLE PARA EL PAGO

Yo/ Mi esposo (a) (sáltese a la próxima sección) O: (Liste padre, madre, tutor legal, u otro)

Parte de responsabilidad _____ Fecha de nacimiento _____

Relación al paciente _____ Número de Seguro Social _____ Número de teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

➔➔ Llenar el dorso del formulario, por favor ➔➔

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Por favor dé una copia de su tarjeta de seguro a la recepcionista

MEDICARE No. de Medicare _____ - _____ - _____ - _____ Fecha de entrada en vigencia _____

Pido que los beneficios autorizados por Medicare sean pagados a mi o en mi nombre a Medical Associates of Northwest Arkansas (MANA) para los servicios proveídos a mi por ese proveedor de salud. Autorizo que cualquier persona que tenga mi información medica le de al Center for Medicare and Medicaid y sus agentes cualquier información que necesiten para determinar esos beneficios los cuales son pagable para servicios relacionados.

SEGURO PRIMARIO _____

Número de identificación _____ GP# _____ Número de teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre de asegurado _____ Fecha de nacimiento _____

Numero de Seguro Social _____ Relación con el asegurado: Yo Esposo Hijo Hijastro Otro

Seguros Secundaria _____

Número de identificación _____ GP# _____ Número de teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre de asegurado _____ Fecha de nacimiento _____

Numero de Seguro Social _____ Relación con el asegurado: Yo Esposo Hijo Hijastro Otro

AUTORIZACIÓN DE SEGURO Y ACUERDO FINANCIERO

Yo por la presente autorizo que Medical Associates of Northwest Arkansas (MANA) le de a mi(s) compañía(s) de seguro toda la información sobre mi caso que requieren, y por la presente asigno a los médico(s) todos los pagos para servicios médicos que me han dado.

Yo comprendo que tengo la responsabilidad de pagar todo que no paga el seguro. Acepto pagar cualquier pago compartido y cantidad debida al tiempo de recibir los servicios.

Firmado _____ Fecha _____

CONFIRMACIÓN DE PATIENT NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

He recibido una copia de la Patient Notice of Privacy Practices de Medical Associates of Northwest Arkansas.

Firma _____ **Fecha** _____

Si este formulario de confirmación fue completado por un representante personal, un tutor, o un padre, por favor escriba con letra de imprenta su nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social, y relación con el paciente aquí:

Si quiere autorizar que la clínica MANA le dé su información a **un familiar, un esposo(a), o un representante personal**, por favor complete un **Individual Authorization Form**, que es proveído por la recepcionista.