

Adultos

Información del Paciente

No. del Seguro Social: _____ - _____ - _____

Apellido _____ Nombre _____ Hombre Mujer
Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ No. de Teléfono (____) _____ ¿Estudiante? Si No
Dirección de correo/PO Box _____ No. Apto. _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ -
Domicilio _____ No. Apto. _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ -
Médico Principal _____ Referido Por _____

Información del Marido/Esposa

Apellido _____ Nombre _____ Fe. de nacimiento ____ / ____ / ____
Número del Seguro Social: _____ - _____ - _____ No. De licencia de conducir: _____
Empleador: _____ No. Teléfono del Trabajo: _____
Ocupación: _____
¿Es la madre paciente en esta clínica? Si o No ¿Quién es su médico? _____

Información de la Persona Responsable

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
No. del Seguro Social: _____ - _____ - _____ No. De la licencia de conducir: _____
Domicilio _____ No. Apto. _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ -

Contacto de Emergencias

Apellido _____ Nombre _____ Teléfono: (____) _____
Domicilio _____ Parentesco con el paciente _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ -

Información del Seguro

Nombre de la compañía de seguros: _____ No. Del plan _____
Nombre de la persona asegurada: _____ Co-pago \$: _____
Dirección de la persona asegurada: _____ Teléfono: _____
(Si es diferente al de arriba)
Seguro secundario: _____

Permiso para la liberación de información, asignación de los beneficios de seguro - acuerdo/contrato

Por la presente yo autorizo a Pioneer Family Practice entregar a mi compañía de seguros primaria y secundaria cualquier información necesaria para el proceso de reembolso por servicios médicos prestados. Mi firma también autoriza que cualquier beneficio de seguro, se pague de mi parte a PFP. Por la presente yo asumo la responsabilidad por todos los costos contraídos por mi parte, o por parte de mis niños. Comprendo que se cobrará un recargo por cualquier cuenta atrasada, de acuerdo con la ley del estado de Washington. En caso de falta de pago, asumo la responsabilidad por todos los costos incurridos por cobros y/o costos judiciales, y costos razonables por proceso legal, si esto llegara a ocurrir. MEDICARE: Yo comprendo que mi proveedor médico acepta el pago permitido por parte de Medicare como pago completo. Yo soy responsable solamente por el deducible, co-seguro y servicios no cubiertos por mi seguro.

Firma: _____
guardián legal debe firma por los menores

Fecha: ____ / ____ / ____