

Información del paciente

Nombre legal del paciente _____ Sexo M F
(último) (primero) (medio)

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

SS# _____ Años _____ Fecha de nacimiento _____ Carrera _____ Etnicidad _____

Teléfono Principal _____ Teléfono móvil _____ Trabajo _____

***verificar el número de contacto preferido**

Estado de Empleo: Sí No Retirado Empleador _____

Estado civil: S M D W Otro Esposa _____ Teléfono _____

Email de contacto _____ Farmacia primaria _____
(i.e. Walgreens 90th & Dodge)

Médico remitente _____ Médico familiar _____
(por favor incluya nombre y apellido) (por favor incluya nombre y apellido)

¿Resides en un centro de enfermería especializada?

No - Temporal Nombre de la instalación _____ Teléfono _____

Si el paciente es menor de edad o estudiante: Asistido a la escuela _____

Nombre de la madre _____ Teléfono _____

Nombre del padre _____ Teléfono _____

Contacto de emergencia (pariente o amigo más cercano en caso de emergencia)

Nombre completo _____ Teléfono _____ Relación _____

Información de seguro de salud

Primario _____ Política # _____ Grupo # _____

Titular de póliza _____ SS# _____ Fecha de nacimiento _____ Copago _____

Secundario _____ Política # _____ Grupo # _____

Titular de póliza _____ SS# _____ Fecha de nacimiento _____ Copago _____

Persona responsable _____ Fecha de nacimiento _____ SS# _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección del empleado _____ Relación con el paciente _____

Teléfono Principal _____ Teléfono móvil _____ Trabajo _____

*** verificar el número de contacto preferido**

Firma del paciente o tutor legal autorizado

Fecha

Imprimir el nombre

Liberación de información Autorizo a MD West ONE, P.C., a divulgar mi información de salud y facturación a:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Recordatorios de citas Autorizo a MD West ONE, P.C., en caso de que no esté disponible para dejar un mensaje con respecto a la hora de mi cita, los cambios o la información de programación en mi contestador automático, correo de voz o con la persona que contesta el teléfono.

Método de contacto preferido para recordatorios de citas o cambios Teléfono Correo electrónico Texto

Recibo de acuse de recibo de la póliza (inicial cada)

_____ Reconozco que me ofrecieron una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

_____ Reconozco que me ofrecieron una copia y acepto los términos de la Política financiera.

_____ *(si es aplicable)* _____

Trabajo comp / Información de accidente de auto (MVA)

Portador _____ Reclamación # _____ Fecha de herida ___ / ___ / ___ Trabajo Comp MVA

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre / Dirección del empleador _____

Administrador de casos _____ Teléfono _____ Fax _____

Ajustador de reclamos _____ Teléfono _____ Fax _____

****Acuerdo de pagador de terceros****

Por la presente autorizo a MD West ONE, PC, a proporcionar a terceros pagadores cualquier información relacionada con la atención médica, el tratamiento y la facturación. Por este medio, asigno a MD West ONE, PC, todos los pagos por los servicios médicos que se me proporcionarán a mí o a mis dependientes, y autorizo el pago directo de tales beneficios a MD West ONE, PC, por un tercero y por un tercero que paga. También estoy de acuerdo en que si surge una disputa entre MD West ONE, PC, y yo, las leyes del estado de Nebraska regirán, y todas las disputas entre MD West ONE, PC, y yo solo se deben resolver en la corte correspondiente en el condado de Douglas, Nebraska, y yo dar su consentimiento para que la jurisdicción personal y el lugar sean adecuados en el tribunal apropiado ubicado en el condado de Douglas, Nebraska.

Firma del paciente o tutor legal autorizado

Fecha

Imprimir el nombre