

Gateway Urgent Care Hoja Demografica de Nuevos Pacientes

¿Cómo se enteró de nosotros?

Amigo/a Pasando Volante TV / Radio / Noticias Internet Empleador Seguro Medico Otro _____

Fecha: _____ Hora: _____

Porque estas aqui hoy?

Motivo de la visita: Cuidado Urgente Lesion en el trabajo Salud Professional Terapia Fisica Prueba Anti-Droga Otro _____

Lesion relacionada con en el trabajo? Si No Fecha en que ocurrio la lesion: _____ Hora en que ocurrio la lesion: _____

Queja principal (describir la enfermedad o lesión) _____

Informacion Del Paciente:

Apellido: _____ Nombre: _____ Seguro Social: _____ - _____ - _____

Domicilio: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____ Numero de Telefonico: _____

Correo Electronico: _____ Numero Telefonico - Trabajo: _____

Sexo: Masculino Femenimo Estado Civil: Soltero Casado #Licencia de Conducir: _____

En caso de Emergencia: _____ Relacion: _____ Numero de Telefono: _____

Nombre de Farmacia: _____ Domicilio: _____ Telefono: _____

Nombre de Medico de Atencion Primaria: _____ Telefono: _____

Empleador Del Paciente o Responsable:

Empleador o Responsable: _____ Departamento: _____

Domicilio: _____ Número Telefónico: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Nombre del Supervisor: _____

Otro Domicilio: _____ Fecha de Nacimiento del Responsable: _____

Ocupación: _____ Número de Empleado: _____

Informacion de Seguro Medico:

Quien se hace responsable por su visita? Seguro Médico Privado Compensación al Trabajador por Empleador

Nombre de la Compania de Seguro Medico: _____

Asignacion de Beneficios – Arreglo Financiero:

Yo, autorizo el pago de beneficios de seguro médico que sea hecho directamente a Reliant Immediate Care Medical Group, Inc. y a cualquier medico asistiendo y/o agencias de cobros por servicios proporcionados. Yo autorizo a este Proveedor de Salud a divulgar la información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Estoy de acuerdo, que una fotocopia de este acuerdo es tan válido como la original.

Firma del Paciente o Guardián: _____ Fecha: _____

El consentimiento para tartar UN Menor: DEBE tener la documentacion de la tutela y / papeles de custodia cuando se lleva EN UN MENOR

Yo (nosotros) siendo los padres, tutor o custodio del ser menor:

Apellido _____ Nombre _____, Edad _____, por la presente autoriza, solicitar y directo de esta oficina, sus médicos y personal que por la forma de exámenes, diagnóstico, radiografías, pruebas de laboratorio y cualquier tratamiento que a su juicio se considere conveniente o se requiere mientras que dijo el hijo menor de edad está bajo cuidado de médicos y personal de la oficina hasta la edad legal. Todos cargos para el servicio y la asistencia a dicho menor hijo le cobrará directamente a mí (nosotros) y yo (nosotros) será personalmente responsable del pago de ellos. (Nosotros) autorizo al doctor a liberar toda la información necesaria para pagos seguros de ben-efits. Autorizó el uso de esta firma en todos los envíos seguros.

Firma Del Paciente o Guardian: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____ Testigo _____ Fecha _____