

Marana Health Center Registro de la Intromision de Paciente

Paciente Informacion

Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____ Title _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Telefono de casa# _____ Telefono de Trabajo# _____ Telefono celular# _____
Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____ Sexo: () H () M
Estatus Matrimonial: () Soltero () Casado () Divorciado () Enviudado Nombre de la Compania de Seguro Industrial _____

Informacion de la Community Health Center

Raza _____ Ethnicity: () Hispanic () Non-Hispanic () Other Family Size _____
Ingreso Anual () \$1,000-\$10,000 () \$10,000-\$25,000 () \$25,000-\$50,000 () \$50,000-\$75,000 () \$75,000+
Nombre del contacto emergencia _____ Telefono de emergencia _____

Informacion del responsable (si es diferente)

Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____ Title _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Telefono de casa# _____ Telefono de Trabajo# _____ Telefono celular# _____
Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____ Sexo: () H () M
Patients Relation To Responsible Party: () Yo mismo () Conyuge () Hijo/Hija () Otro _____
Estatus Matrimonial: () Soltero () Casado () Divorciado () Enviudado Nombre de la Compania de Seguro Industrial _____

Informacion de la primera seguridad

Nombre de seguro medico _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
de poliza _____ # de grupo _____ la porcion que a usted le toca es \$ _____ Nombre de medico _____
Nombre del asegurado _____ Inicial _____ Apellido _____ Title _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Telefono de casa# _____ Telefono de Trabajo# _____ Telefono celular# _____
Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____ Sexo: () H () M
Relacion del paciente con el asegurado: () Yo mismo () Conyuge () Hijo/Hija () Otro _____
: () Soltero () Casado () Divorciado () Enviudado Nombre de la Compania de Seguro Industrial _____

Informacion de la segunda seguridad

Nombre de seguro medico _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
de poliza _____ # de grupo _____ la porcion que a usted le toca es \$ _____ Nombre de medico _____
Nombre del asegurado _____ Inicial _____ Apellido _____ Title _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Telefono de casa# _____ Telefono de Trabajo# _____ Telefono celular# _____
Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____ Sexo: () H () M
Relacion del paciente con el asegurado: () Yo mismo () Conyuge () Hijo/Hija () Otro _____
Estatus Matrimonial: () Soltero () Casado () Divorciado () Enviudado Nombre de la Compania de Seguro Industrial _____

Al firmar este formulario, autorizo a Marana Health Center el uso y revelacion de la Proteccion al cuidado medico, incluye informacion relacionado con cuidado psiquiatrico, abuso de drogas y alcoholal y HIV/AIDS para suministrar tratamiento y pago por cuidado medico. Me han ofrecido o proporciano una copia de Aviso de Privacidad de Marana Health Center. Yo asigno todos los beneficios medicos y/o quirurgicos incluyendo beneficios medicos principal para Marana Health Center por los servicios proporcionados. Al firmar este formulario estoy confirmando que la informacion demographica y de seguro medico proporcionado esta correcta. Yo comprendo que soy responsable por todos los cargos acumulados en la consulta del dia de hoy.

Paciente/Persona Dando Consentimiento _____

Relacion Si No Es Elpaciente _____

Fecha _____