



Formulario de Registro de Pacientes

El pago debido al momento del servicio

Nombre del paciente: Última:	Primero:	Medio:
Fecha de Nacimiento:	Número de seguridad social:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		
Dirección postal:		Ciudad, estado, código postal
Teléfono de la casa: <input type="checkbox"/> Preferencia	del teléfono celular: <input type="checkbox"/> Preferencia	Teléfono del trabajo: <input type="checkbox"/> Preferencia
	del Empleador:	Ocupación:
Lista aprobó personas para discutir la información del paciente		
Nombre _____		Relación _____
Nombre _____		Relación _____

Contacto de emergencia:

Relación:

Número de teléfono:

¿Como supiste de nosotros?			
<input type="checkbox"/> Drive-by/señalización	<input type="checkbox"/> Social Medios	<input type="checkbox"/> de Radio/TV ad	
<input type="checkbox"/> Empleador/Trabajo	<input type="checkbox"/> Familia/Amigo	<input type="checkbox"/> Mailer	<input type="checkbox"/> Otros _____

Nombre del padre o del fiador: (. No vemos los lactantes menores de 6 meses)		
Apellido:	Primero:	Medio:
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección:		Ciudad, estado, código postal
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Empleador:

Autorización y Liberación

Autorizar para el Tratamiento

favor ponga sus iniciales

Doy mi consentimiento voluntariamente a la administración y el costo de los procedimientos médicos y quirúrgicos, rayos X, y los medicamentos para mí y / o mis dependientes.

Medicare/Medicaid

favor ponga sus iniciales

Debido a las regulaciones gubernamentales abrumadoras no aceptamos Medicare. Estamos encantados de ver los dos pacientes de Medicare en una cuota por servicio utilizando nuestros precios con descuento de pago en efectivo. Pedimos a todos los pacientes elegibles de Medicare (65 años o más) para firmar un acuerdo de no aplicación de Medicare para las opciones de pago privados con nosotros.

Liberación de Archivos

favor ponga sus iniciales

Yo autorizo a este centro de atención de urgencia para liberar (verbal o por escrito) la información confidencial médica a mi médico de atención primaria, centro médico o médicos que se refiere a mí por este centro de atención de urgencia, incluyendo a mi compañía de seguros, empleador si el tratamiento se relaciona con fines de empleo, u otras operaciones de cuidado de la salud que pueden ser susceptibles de mí o mi médico (s) para los cargos por este tratamiento y para la gestión de la calidad, revisión de la utilización, la transferencia y propósitos de seguimiento.

La recepción de las prácticas de privacidad

favor ponga sus iniciales

Reconozco que he recibido y leído el Aviso de prácticas de privacidad de este centro de atención de urgencia.

La recepción de correo electrónico de Privacidad

favor ponga sus iniciales

SATS solicita su correo electrónico para permitir la comunicación de oficina y el futuro acceso de los pacientes a los registros médicos. Entiendo que SATS nunca va a vender o alquilar mi información personal a terceros para su uso por cualquier razón. También entiendo que SATS empleará medidas de seguridad técnicas, administrativas y físicas razonables para proteger la confidencialidad y seguridad de su información personal.

*Mi correo electrónico es: _____ @ _____

Yo entiendo que una copia de este convenio sólo podrá utilizarse con el mismo cacia e ff que el original.

PACIENTE FIRMA _____

FECHA ____ / ____ / ____

RESPONSABLE PARTIDO _____

FECHA ____ / ____ / ____