



(Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (Segundo nombre inicial) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Mujer  Hombre Seguro Social \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Número de teléfono Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

Dirección física (si es diferente) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Estado Civil  Casado/a  Soltero/a  Divorciado /a  Viudo/a  Separado legalmente  Otro

Raza  Indio Americano/Nativos de Alaska  Asiático  Nativo de Hawaii / Isla de Pacifico  Afroamericano  Caucásico

Etnicidad  Hispano o Latino  No Hispano o Latino Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

Situación Laboral  Empleado  Estudiante  Estudiante a medio tiempo  Jubilado  Trabaja por cuenta propia?  Desempleado Empleador  
 \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia Relación a paciente  Madre  Padre  Otro \_\_\_\_\_

**Información de parte responsable** \*\*\*Declaraciones se dirían a la parte responsable\*\*\*

Parte Responsable (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ SN) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Mujer  Hombre Seguro Social \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Relación de Paciente de Parte Responsable \_\_\_\_\_ (Proporcionar su tarjeta de aseguranza en la recepción)

**Información De Seguro Primario** (Persona responsable de la aseguranza)

Nombre del subscriptor \_\_\_\_\_ Relación de Paciente de Parte Responsable \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Numero de teléfono Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

**Información del Seguro Secundario**

Nombre del subscriptor \_\_\_\_\_ Relación de Paciente de Parte Responsable \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Numero de teléfono Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

**FARMACIA PREFERIDA**

Farmacia Principal \_\_\_\_\_ Farmacia Secundaria \_\_\_\_\_

Paciente ( o Persona Responsable) Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**CESIÓN DE LIBERACIÓN Y FORMA DE CUMPLIMIENTO HIPPA**

Certifico que la información anterior es correcta y actualizada. Solicito que el pago bajo mi compañía de seguros se hagan en mi nombre a Arizona Medical Center (Manjunath Nathan, MD) por los servicios prestados a mí por el Dr. Nathan o sus asociados. Autorizo la liberación de cualquier o toda la información médica necesaria a los fines de la evaluación de los beneficios para la tramitación de una reclamación de seguro o si es necesario para recuperar el equilibrio debido en su caso. Entiendo que soy responsable por el pago de mi cuenta, independientemente de la cobertura del seguro. En el caso de que yo no pago por los servicios prestados por esta oficina y la cuenta se coloca para la colección, estoy de acuerdo y entiendo que una cantidad adicional equivalente al 40% del saldo debido se puede añadir a la balanza si se coloca la cuenta para la colección. Además, estoy de acuerdo en pagar una tasa de interés que puede ser hasta un 18% anual hasta el pago del importe en su totalidad. Estoy de acuerdo en pagar los honorarios de los abogados y todos los gastos necesarios corte para cobrar esta deuda.

Al firmar abajo estoy de acuerdo y entiendo las declaraciones anteriores.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Citas perdidas:** Estoy de acuerdo en pagar un cargo de \$ 25.00 por cita perdida, no cancelados o reprogramados por lo menos con 24 horas de antelación a la fecha de mi cita. Soy consciente de que este cargo no puede facturar a mi seguro.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

**Volver Comprobar Tarifa:** Estoy de acuerdo en pagar una cuota de \$ 35.00 por cualquier cheque devuelto sin pagar a esta oficina.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

**HIPPA: PRIVACIDAD Y PRÁCTICA**

Acuse de recibo y conforme de la notificación de nuestras prácticas de privacidad.

Se le pide que remita un acuse de recibo y conforme de la notificación de nuestras prácticas de privacidad; nuestra intención es hacerte consciente de los posibles usos y divulgaciones de su información protegida de salud y sus derechos de privacidad. La entrega de sus servicios de atención de salud de ninguna manera ser condicionada a su reconocimiento.

Si usted se niega a proporcionar un acuse de recibo firmado, vamos a seguir para proporcionar a su tratamiento, y a utilizar y divulgar su información de salud protegida para tratamiento, pago, operaciones de atención médica cuando sea necesario, y como exige la ley. Si llega a tener alguna pregunta? Por favor, hable con nuestro **Oficial de Cumplimiento HIPPA**.

*La firma a continuación es sólo reconocimiento que usted ha recibido el aviso de nuestras prácticas de privacidad.*

\_\_\_\_\_  
Firma del representante del paciente o legal

\_\_\_\_\_  
Fecha