

PROHEALTH PARTNERS INFORMACIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (por favor la impresión)

Nombre: _____ Apellido: _____ Segundo Apellido: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Dirección De Cobro: _____
Dirección de trabajo (si diferente): _____
Teléfono de la casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Teléfono celular: _____
Contacto preferido # _____ Dirección del correo electrónico: _____
De Licencia: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro social # _____
Sexo: M F Estado matrimonial: S C D V Otro: ¿Cómo usted se entero de nosotros? _____
Médico del Cuidado primario: _____ Idioma primario: _____
Raza: _____ Entidad (círcule uno) Hispano o latino No hispano o latino
Patrón: _____ Teléfono del patrón: _____ Ocupación: _____
Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
PADRE O GUARDIAN A QUIEN SELE MANDA LA FACTURA:
Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____
Fecha De Nacimiento: _____ Seguro social # : _____ Relación: _____
Patrón: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE LA ASEGURANZA

Seguro primario: _____
Nombre del Poseedor de la póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro social # _____
Dirección De Cobro: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____
Grupo o Póliza # _____ Certificado o Miembro # _____ Unión Local # _____
Co-pague la Cantidad: _____ Póliza las Fechas Eficaces: De: _____ A: _____
Relación del paciente al Poseedor de la Póliza: Mismo Esposo Niño Otro: _____
Seguro secundario: _____
Nombre del Poseedor de la póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro social # _____
Dirección De Cobro: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____
Grupo o Póliza # _____ Certificado o Miembro # _____ Unión Local # _____
Co-pague la Cantidad: _____ Póliza las Fechas Eficaces: De: _____ A: _____
Relación del paciente al Poseedor de la Póliza: Mismo Esposo Niño Otro: _____

LA INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

El Nombre de la farmacia: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____
La firma (Paciente o Padre de Menor): _____ La fecha: _____

POLÍZA FINANCIERA

EL ACUERDO A LA POLÍZA DEL PAGO: Yo reconozco que yo recibí una copia de COMPAÑEROS de PROHEALTH, INC. la póliza financiera y acepto las condiciones de la deuda del pago.
LA AUTORIZACIÓN PARA DAR LA INFORMACIÓN: Yo autorizo el descargo de mi información del registro médico, consiguiente a la ley federal y estatal aplicable, reglas y regulaciones, a terceros pagadores de la parte y otros proveedores que participan en mi cuidado que estoy de acuerdo en dar mi información de una manera confidencial de acuerdo con todo aplicable federal el estado y las leyes locales. Yo autorizo a cualquier otro individuo o entidad que han proporcionado el cuidado de mi salud a dar a los COMPAÑEROS de PROHEALTH, INC., cualquiera y toda mi información de los archivos médicos, si en el formulario impreso o electrónico, necesité proporcionarme el cuidado informado. Yo puedo revocar mi consentimiento cuando quiera para el cargo de esta información a, la magnitud que la acción se ha tomado en la confianza en el consentimiento.

LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Yo pido por la presente que el pago de Seguro médico del Estado autorizado, Medicaid y los beneficios de todo los otros seguros se haga en mi nombre a los COMPAÑEROS de PROHEALTH, INC. para cualquier servicio proporcionado a mis personas a cargo. Yo autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mi o mis personas a cargo dar a la entidad apropiada y sus agentes que cualquier información necesita determinar estos beneficios pagable para los servicios relacionados.

LA GARANTÍA DE PAGOS: Yo estoy de acuerdo en pagar todos los cargos aplicables que no se pagan por completo por mi seguro. Si las cantidades debido a los COMPAÑEROS de PROHEALTH, INC. no se paga según esta póliza financiera, la cuenta se juzgará delincente. En caso de el pago de mi cuenta, yo entiendo que yo soy responsable para cualquiera y todo el costo incurrió en en la colección de mi cuenta, incluso el costo de la corte y la cuota de abogado razonable. Si la deuda se asigna a una tercera agencia de colección de parte, yo estoy de acuerdo en ser responsable para las cuotas de la colección e interés debido a la cantidad en el valor predeterminado.

Firma paciente

Fecha

Parte Responsable

Relación al Paciente