

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

# de Seguro Social:	Empleador	
Nombre:	Dirección del Empleador:	
Dirección:	Ciudad del Empleador:	
Ciudad:	Estado del Empleador:	Código Postal:
Estado:	Código Postal:	Correo electrónico:
Número de teléfono casa:	Proveedor de atención que remite:	
Número de teléfono trabajo:	Proveedor de Cuidado Primario (PCP):	
Número de teléfono celular:	Estado Civil:	
Sexo:	Empleo: Tiempo completo / Medio tiempo / Por cuenta propia / Militar Desempleado / Jubilado	
Fecha de nacimiento:	Estado Estudiantil: Tiempo completo / Medio tiempo / No es estudiante	
Raza: Indio americano o nativo de Alaska / Asiático / Afroamericano / Hawaiano nativo / Blanco / Más de uno / Rechazó	Idioma preferido	
Origen étnico: Hispano o Latino / Rechazó/ Ni Hispano ni Latino	Hospital preferido:	

DIVULGACIÓN

Entiendo que es mi derecho de elegir a quien mi médico, seguro y / o información financiera pueden ser liberados. Para nuestros registros la primera persona que aparece será su contacto de emergencia. También entiendo que si decido dejar esta información en blanco, la instalación no tiene un contacto de emergencia o ser capaz de dar cualquier información a cualquier persona, incluyendo a mi cónyuge / otro significativo, hijos, padres, hermanos, etc., por lo tanto, autorizo Asociación de Práctica médica KUSM-W para liberar información mv como se indica a continuación.

Nombre:	Relación:	Teléfono:
Nombre:	Relación:	Teléfono:

AUTORIZACIÓN

Por este medio autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar los reclamos en mi nombre. Solicito que todos los beneficios del seguro se paguen directamente KUSM-W Medical Practice Association por todos los gastos que yo contraiga. Entiendo que soy responsable de todos los cargos contraídos durante mi tratamiento en las clínicas de KUSM-W Medical Practice Association independientemente de la cobertura del seguro. Estoy de acuerdo en pagar la totalidad del saldo de mi cuenta de manera oportuna.

Firma de la parte responsable

Fecha

NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD DE INFORMACIÓN DE MPA

Por la presente reconozco que he recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad del Medical Practice Association

Nombre del paciente (letra de molde): _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Parentesco/Relación con el paciente:

El paciente recibió una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de MPA y se negó a acusar recibo en este momento.

Firma del empleado: _____

Fecha: _____