

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Número de seguro social:	Empleador:
Nombre:	Domicilio del Empleador:
Domicilio:	Ciudad del Empleador:
Ciudad:	Estado del Empleador:                      Código postal:
Estado:                      Código postal:	Correo electrónico:
Número de teléfono del hogar:	Proveedor que deriva:
Número de teléfono laboral:	Proveedor de atención primaria
Número de teléfono móvil:	Estado civil:
Sexo:	Trabajo: FT / PT / Autónomo / Militar / Desempleados / Jubilados
Fecha de nacimiento:	Estado del estudiante FT / PT / No es un estudiante
Raza: Indio americano o nativo de Alaska / Asiático / Negro o Afroamericano / Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico / Blanco / Prefiere no responder	Idioma que prefiere:
Etnia: Hispano o latino / Prefiere no responder / no es hispano o latino	Hospital de preferencia:

## DIVULGACIÓN

Entiendo que tengo derecho a elegir a quién puedo divulgar mi información médica, de seguro y/o financiera. Para nuestros registros, la primera persona en la lista será su contacto de emergencia. También entiendo que si elijo dejar esta información en blanco, el centro no tendrá un contacto de emergencia ni podrá divulgar ninguna información a nadie, incluido mi cónyuge / pareja, hijos, padres, hermanos, etc. Por ende, autorizo a KUSM-W Medical Practice Associate a divulgar mi información conforme a lo que se indica a continuación.

Nombre:	Vínculo:	Teléfono:
Nombre:	Vínculo:	Teléfono:

## AUTORIZACIÓN

Por la presente, autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar reclamos en mi nombre. Solicito que todos las prestaciones del seguro se paguen directamente a KUSM-W Medical Practice Association ante cualquier cargo que incurra. Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos durante mi tratamiento en las Clínicas de la Asociación de Práctica Médica KUSM-W, sin comtemplación de la cobertura del seguro. Acepto pagar todo el saldo de mi cuenta de manera oportuna.

\_\_\_\_\_

Firma de la parte responsable

\_\_\_\_\_

Fecha

## MPA NOTIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA PRIVACIDAD

Por medio de la presente, reconozco que he recibido una copia de la Notificación de prácticas de privacidad de la Medical Practice Association

Nombre del paciente (Letra de molde): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

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

Vínculo con el paciente: \_\_\_\_\_

El paciente recibió una copia del Aviso de prácticas de privacidad de MPA y se negó a acusar recibo en este momento

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_