



Información del paciente

Primer nombre	Segundo	Apellido	Edad	Sexo
Dirección postal		Ciudad/Estado	Código Postal	
Dirección domicilio		Ciudad/Estado	Código Postal	
Teléfono casa	Celular	Teléfono trabajo		
Nombre del empleador	Dirección del empleador	Ciudad/Estado/Código Postal		
Posición	Situación laboral (Por favor coloque un círculo alrededor de la opción que corresponda)			
	<input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parical <input type="checkbox"/> Ocasional			
Contacto de emergencia				
Nombre	Dirección	Ciudad/Estado/Código Postal		
Relación:	Teléfono casa:	Teléfono celular:		
Información de seguro médico				
Nombre de seguro principal	Número de identificación	Número de grupo		
Nombre del asegurado (Si tiene seguro por medio de pareja, padres, etc.)		Fecha de nacimiento		
Relación con el paciente	Sexo	Número de seguro social		
Nombre del empleador/Dirección/Teléfono				
Nombre de seguro secundario	Número de identificación	Número de grupo		
Nombre del asegurado (Si tiene seguro por medio de pareja, padres, etc.)		Fecha de nacimiento		
Relación con el paciente	Sexo	Número de seguro social		
Nombre del empleador/Dirección/Teléfono				
Staff Use Only - Does the patient have an advanced directive?				
		___ Yes	___ No	
Patient requests more info?	___ Offered	___ Offered	___ Refused	___ Accepted

Pólizas del consultorio: Entiendo y estoy de acuerdo con las siguientes reglas establecidas por Barton Health:

- 1.) El pago se requiere a la hora del servicio. Si no puedo pagar mi co-pago, mi cita será programada para otra fecha.
- 2.) Si llego más de 15 minutos tarde para mi cita, ésta será programada para otra fecha.

ACUERDO FINANCIERO Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO:

Autorizo el tratamiento del paciente nombrado con anterioridad y acuerdo pagar todos los honorarios y gastos de tal tratamiento.

En caso de ser necesaria una acción legal para cobrar un saldo no pagado por los servicios médicos que se me han prestado a mi o a mi familia, acuerdo pagar los gastos razonables de abogado y otros gastos determinados por el tribunal.

Por este medio asigno el monto total del seguro médico a este consultorio (una copia de esta asignación tiene la misma validez que el original.)

Autorizo la liberación de toda la información médica necesaria para procesar los reclamos en mi nombre. También solicito el pago de beneficios médicos y/o del gobierno a este consultorio.

Firma del paciente o persona responsable

FECHA