Buellton Medical Center

Family Practice

INFORMACION DEL PACIENTE (POR FAVOR CON LETRA DE MOLDE)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
APELLIDO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO: _____ GENERO: _____
MES / DIA / AÑO

SEGURO SOCIAL: _____ IDIOMA PREFERRIDO: _____

DOMICILIO RESIDENCIAL: _____
NUMERO CALLE CIUDAD ESTADO COD. POSTAL

DOMICILIO PARA EL CORREO: _____
P.O. BOX # CIUDAD ESTADO COD. POSTAL

TELEFONO DE CASA: _____TRABAJO:_____CELL:_____

EMPLEADOR: _____OCUPACION: _____

CORREO ELECTRONICO: _____
(SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA)
* AL DARNOS SU CORREO ELECTRÓNICO, AUTORIZA EL EHR DE BUELLTON MEDICAL CENTER (ADVANCEDMD) PARA ENVIARLE NOTIFICACIONES, COMO ACCESO AL PORTAL DEL PACIENTE, FORMULARIOS PARA PACIENTES, RECORDATORIOS DE CITAS, ETC...

NOMBRE PERSONA EN CASO DE UNA EMERGENCIA: _____

RELACION CON EL/ELLA: _____ TELEFONO: _____

REFERRIDO POR: _____
(FAMILIA, AMIGO/A, INTERNET, DOCTOR...)

INFORMACION PARA COBRO:

NOMBRE DE PERSONA RESPONSABLE: _____ RELACION: _____

NOMBRE DE LA ASEGURANSA: _____

NOMBRE DE PERSONA EN LA POLIZA: _____ RELACION: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____

PONGA SUS INICIALES ABAJO:

_____YO, AUTORIZO, PARA ***(CIRCULE)*** MI MISMO/ HIJO/A, TRATAMIENTOS, EXÁMENES, Y ANÁLIZES QUE CONSIDEREN NECESARIOS EN LA OPINION DEL MEDICO Y PERSONAL DE ESTE CENTRO, PARA LA CONDICION POR LA CUAL LOS HÉ CONSULTADO.

_____BMC VA MANDAR COBRAR A ASEGURANSAS CONTRATADAS PLAN PPO. **SIN EMBARGO LOS SERVICIOS NO PAGADOS POR LA ASEGURANSA DE EL PACIENTE SERAN RESPONSABILIDAD DE EL PACIENTE.**

_____YO AUTORIZO EL PAGO DE MIS BENEFICIOS MEDICOS PARA BUELLTON MEDICAL CENTER.

_____YO AUTORIZO A BMC QUE COMPARTA MI ISP (INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA) CUANDO ME REFIERAN A UN DOCTOR FUERA DE LA CLINICA.

_____HÉ LEÍDO Y COMPRENDIDO EL AVISO DE PRIVACIDAD PARA LOS PACIENTES (HIPPA) DE EST CENTRO.

_____ESTOY CONCIENTE DE QUE HAY UN COBRO DE $40 POR CHEQUES RECHASADOS POR FALTA DE FONDOS.

_____ESTOY CONCIENTE DE QUE SERE RESPONSABLE POR UN COBRO DE $45 POR CITAS FALLADAS.

_____DESDE 01/01/14 EL CENTRO ESTA COBRANDO $55 POR CITAS FALLADAS O NO CANCELADAS CON 24 HRS DE ANTICIPACION CON NUESTROS MEDICOS DE ESPECIALIDAD.

_____PARA LOS PACIENTES DE CENCAL- ESTOY CONCIENTE QUE SI FALLO 3 CITAS SIN AVISAR, SERE REASIGNADO A OTRA CLINICA.

FIRMA: _____ FECHA: _____