

### Consentimiento para el tratamiento

Yo autorizo y consiento a la rendición de atención médica, incluidos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico por miembros autorizados de East Springdale Family Clinic como en su juicio profesional sean necesarias para el paciente por debajo de su nombre. Reconozco que no se han dado garantías en cuanto al efecto de tales exámenes o tratamientos.

### Asignación de Beneficios de Seguro

Paciente-Médico Acuerdo: Yo, el abajo firmante, autorizo East Springdale Family Clinic para liberar cualquier información adquirida en el curso de mi examen o tratamiento a mi compañía de seguro (s) médico o otro. Yo, reconociendo que el seguro médico no posee completamente puede cubrir la cuota (s) de los servicios profesionales rendido mí, por este medio acepto que soy responsable de dicha tasa (s). Yo autorizo el pago directamente a mí por sus servicios. Una fotocopia del mismo será válida como el original. Soy consciente de que puedo consultar a mi médico de la cuota (s) por los servicios profesionales necesarios y / o rendido.

### Autorización para divulgar información

Yo autorizo East Springdale Family Clinic a dar cualquier información solicitada por la compañía de seguros necesarios para recibir beneficios bajo cualquier póliza hacemos reclamo en contra de los servicios en esta o en una fecha relacionada con el servicio.

### Garantía de pago

Entiendo que las visitas al consultorio se van a pagar en el momento del servicio a menos que otros arreglos se han hecho. Yo entiendo que soy responsable para el balance no cubierto por el seguro. Entiendo que East Springdale Family Clinic no acepta ninguna asignación póliza de seguro como garantía del pago completo.

Firma del paciente:

X \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Paciente o padre / Guardián si es menor de 18 años de edad)

\_\_\_\_\_  
Relación del Guardián

\_\_\_\_\_  
fecha



## SEGURO PRIMARIA

Relación del paciente con el asegurado principal:  Yo mismo  Esposo  Niño  Otros: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_

Dirección De Seguro : \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

ID # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Número de teléfono de Compañía del Seguros : \_\_\_\_\_

Nombre de Beneficiario Principal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento de Beneficiario Principal: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección de Beneficiario Principal: \_\_\_\_\_

Numero de Soc Sec de Beneficiario Principal. #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

## SEGURO SECUNDARIA

Relación del paciente con Beneficiario Principal:  Yo mismo  Esposo  Niño  Otros: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_

Dirección de compañía: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

ID # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Número de teléfono de Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

Nombre de Beneficiario Principal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento de Beneficiario Principal: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección de Beneficiario Principal: \_\_\_\_\_

Numero de Soc Sec de Beneficiario Principal. #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN GENERAL

¿Quién es el responsable de pago:  Otro  Yo: \_\_\_\_\_ (LLENE ABAJO)

Nombre de la parte responsable: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de responsable: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Relación con el paciente:  Mismo  Cónyuge  Niño  Otro SS # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha visto como paciente en uno de nuestros Clínicas de Washington Regionales sistema médico?  Sí  No   
En caso afirmativo, ¿cuándo?? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Donde: \_\_\_\_\_

## DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN (cónyuge, hijos, padres, etc.)

¿Quién puede discutir con su información? Por ejemplo: temas médicas / cuidado, resultados, facturación, etc.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Idioma preferido:**  Inglés  Español  Marshallense  árabe  RECHAZAR  OTRA: \_\_\_\_\_

**Raza:**  Blanco  Africano Americano  Asián  Hawaiano / Otro Isleño del Pacífico  
 Indio Americano / Nativo de Alaska  Hispano  Desconocido  Rechazar

**Etnicidad (Origen):**  No Hispano o Latino  Hispano o Latino  Desconocido  RECHAZAR

**Método de comunicación preferido:**  Imprimir  Guardar flash Drive  Rechazar

**Avisos bienestar:**  Correo teléfono  celular  Teléfono de la casa  Teléfono del trabajo  RECHAZAR

**FARMACIA PREFERIDO:** \_\_\_\_\_ **LOCALIZACIÓN:** \_\_\_\_\_

Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamo a todas mis compañías de seguros. Yo autorizo el pago directo de las prestaciones médicas para el proveedor. Yo permito que una copia de esta autorización para ser utilizado en el lugar de la original. Doy mi consentimiento para que mi foto sea tomada. Yo entiendo que soy responsable por cualquier cantidad no cubierta por el seguro. Yo permito que la transmisión de fax y electrónicos de información médica a otros proveedores de salud, abogados, o compañías de seguros que participen en mi atención. Doy mi permiso para que los mensajes que se dejaron en mi contestadora o enviado por correo electrónico. Yo, el abajo firmante, autorización y consentimiento para la prestación de atención médica, incluidos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico por miembros autorizados de Washington Regional Medical System o sus designados, como a su juicio profesional necesario para el paciente antes mencionado. Reconozco que no se han dado garantías en cuanto al efecto de tales exámenes o tratamientos. He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de la clínica. Yo permito que este servicio para obtener mi historial de medicación por vía electrónica.

X \_\_\_\_\_

Firma (paciente o padre / tutor si es menor)

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_