

Formulario de informacional paciente

Fecha de hoy

Número de cuenta _____

Apellido del segundo nombre _____ del paciente _____

Sexo: _____ DOB: Estado civil: _____ SSN: _____

Dirección: _____

Email: _____  _____  _____ Correo electrónico: **Y / N**

Método de comunicación preferido: correo electrónico teléfono celular / texto teléfono particular US Mail

Raza: _____ Idioma preferido: _____

Por favor, enumere cualquier alergia conocida a los medicamentos: _____

Inicial aquí si NO hay alergias a medicamentos conocidos: _____ Is el paciente alérgico al látex? **SÍ** o **NO**

Contacto de emergencia/HIPAA Contact Nombre: _____ Relationship: _____ Teléfono #: _____

Nombre de la parte responsable: _____ DOB: _____ SSN#: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Empleador: _____

Seguro Primario: _____ Póliza #: _____

Nombre del asegurado: _____ DOB: _____ SSN#: _____

Relación del paciente con el _____ Self _____ Spouse _____ Child _____ Other del asegurado

Seguro secundario: _____ Póliza #: _____

Nombre del asegurado: _____ DOB: _____ SSN#: _____

Relación del paciente con el _____ Self _____ Spouse _____ Child _____ Other del asegurado

Preferencia de facturación, por favor verifique: _____ Correo/Papel: _____ Correo electrónico: _____

AVISO SOBRE RECLAMOS/PAGOS DE SEGUROS:

Si SCENT está presentando un reclamo de seguro para su visita, debemos tener información completa y cualquier referencia requerida en el momento de la visita. Si no puede proporcionar información completa y / o una referencia requerida, no podremos presentar su seguro y se requerirá el pago completo en el momento de la visita.

La responsabilidad financiera del paciente para los pacientes asegurados puede ser estimada, pero no confirmada hasta que el reclamo sea procesado por su compañía de seguros. La responsabilidad financiera de los pacientes se basará en su plan de seguro de salud individual. Cualquier cantidad aplicada al deducible de su plan y/o coaseguro por su compañía de seguros será su responsabilidad financiera. Los procedimientos que están excluidos de la cobertura, basados en la determinación de la necesidad médica de su plan, también serán su responsabilidad financiera. Su copago de visita a la oficina se debe en el momento de su visita y, en muchos casos, puede no cubrir todo el cargo de visita a la oficina. Cualquier procedimiento realizado puede ser considerado cirugía por su compañía de seguros, en cuyo caso pueden aplicarse deducibles quirúrgicos y coaseguro.

Para todos los demás pacientes, incluidos los pacientes sin seguro, se requiere el pago en el momento del servicio. El pago inicial de su visita puede no cubrir todos los servicios que se prestan durante su visita y puede requerir un pago adicional del que usted es responsable. Le proporcionaremos la documentación necesaria para solicitar el reembolso a su solicitud.

He leído la información anterior y entiendo que soy responsable del pago de todos los servicios recibidos.

Firma del paciente/tutor/garante: _____

Nombre impreso del paciente/tutor/garante: _____ Date: