

INSCRIPCION DE PACIENTE

Nombre del Paciente (Apellido) _____ Primer Nombre _____ Inic. _____

Dirección _____ Apto. # _____

Ciudad, Estado, Cód.Postal _____

Teléfono Residencia _____ Teléfono Trabajo _____ Sexo M F Fecha de Nacimiento _____

Núm. Seguro Social del Paciente # _____ Estado Civil C___ S___ D___ V___

Empleador del Paciente _____ Dirección _____

Ocupación _____ Idioma Primario _____

Médico de Atención Primaria _____

Nombre del Titular de la Póliza _____ **Relación con el Paciente** _____

Núm. Seguro Social de la Parte Responsable _____ Fecha de Nacimiento _____

Seguro Primario # _____ Seguro Secundario # _____

CONTACTO DE EMERGENCIA _____ **TELEFONO #** _____

¿En dónde se enteró de Urgent Care Associates?

¿Se lesionó en el trabajo? Sí No Fecha de la Lesión _____

Entiendo y acepto que me estoy obligando a pagar mi cuenta en base a las tarifas regulares de Urgent Care Associates para servicios proporcionados en Urgent Care Associates.

- Todos los cargos deben pagarse al recibir el servicio.
- En caso que yo tuviera derecho a beneficios médicos de cualquier clase, esos beneficios son asignados a Urgent Care Associates para ser aplicados a mi cuenta.
- Los pacientes elegibles para Medicare autorizan a Urgent Care Associates a facturar y cobrar directamente a Medicare.
- Puede ser que Urgent Care Associates no tenga un contrato con mi compañía de seguros. De ser así, Urgent Care Associates facturará a mi aseguradora en mi nombre, pero yo seré responsable de cualquier cargo no cubierto por mi seguro médico / Medicare, incluyendo pagos compartidos, deducibles y co-seguros.
- Si la cuenta fuera enviada a una agencia de cobro, acepto pagar, además de mis cuentas pendientes de pago, cualquier gasto razonable de cobro, incluyendo costos judiciales y honorarios de abogados.
- También entiendo que los cargos listados son una estimación de los gastos reales incurridos.

He leído los Acuerdos anteriores y los entiendo completamente.

FIRMA _____ **RELACION CON EL PACIENTE** _____

Fecha de hoy _____ **TESTIGO** _____

