

Registro del paciente: adulto

DuPage Medical Group

WE CARE FOR YOU

NOMBRE DEL MÉDICO DE CABECERA	FECHA
-------------------------------	-------

Información del paciente (escriba en letra de molde)

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL 2.º NOMBRE)	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
---	---------------------	------

DIRECCIÓN Y NÚMERO DE UNIDAD, SI CORRESPONDE	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL
--	-------------------------------

NÚMERO DE TELÉFONO PRIMARIO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	IDIOMA PRINCIPAL
-----------------------------	---------------------------------	------------------

RAZA	ORIGEN ÉTNICO
------	---------------

Garante de la cuenta - Para cumplir con las Directrices de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA), los pacientes mayores de 18 años serán su propia parte responsable.

GARANTE DE LA CUENTA (PARTE RESPONSABLE)
--

Información del seguro principal y secundario con afiliado (se requiere que adjunte copia de ambos lados de las tarjetas de seguro, dirección de reclamos)

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PRIMARIA	NOMBRE DEL AFILIADO	FECHA DE NACIMIENTO
---	---------------------	---------------------

DIRECCIÓN Y NÚMERO DE UNIDAD, SI CORRESPONDE	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	SEXO
--	-------------------------------	------

N.º DE GRUPO	N.º DE PÓLIZA/ID. DEL MIEMBRO:	FECHA DE VIGENCIA	RELACIÓN CON EL PACIENTE	SITUACIÓN DE EMPLEO
--------------	--------------------------------	-------------------	--------------------------	---------------------

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS SECUNDARIA	NOMBRE DEL AFILIADO	FECHA DE NACIMIENTO
---	---------------------	---------------------

DIRECCIÓN Y NÚMERO DE UNIDAD, SI CORRESPONDE	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	SEXO
--	-------------------------------	------

N.º DE GRUPO	N.º DE PÓLIZA/ID. DEL MIEMBRO:	FECHA DE VIGENCIA	RELACIÓN CON EL PACIENTE	SITUACIÓN DE EMPLEO
--------------	--------------------------------	-------------------	--------------------------	---------------------

Contacto en caso de emergencia

NOMBRE DEL CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (APELLIDO, PRIMER NOMBRE)	RELACIÓN CON EL PACIENTE
---	--------------------------

NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CASA	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR	NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO
-------------------------------	----------------------------	--------------------------------

<p>Hago constar que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social, es correcta.</p>	<p>Autorización para divulgar información</p> <p>Autorizo a DUPAGE MEDICAL GROUP a divulgar a mi compañía de seguros o agentes de seguros nombrados, cualquier información relacionada con la atención médica (física o psicológica), asesoramiento, tratamiento o suministros que se me han proporcionado con los propósitos de la administración, revisión, investigación o evaluación de la cobertura de reclamos y uso de los servicios. Autorizo que una copia de esta información sea igual de válida que el original. Notificaré a DUPAGE MEDICAL GROUP por escrito sobre cualquier información que yo no quiera que sea divulgada.</p>
	<p>FIRMA</p>
	<p>FECHA</p>

Asignación de beneficios

Autorizo la asignación de beneficios pagaderos a DUPAGE MEDICAL GROUP o a su representante para los servicios médicos y suministros por parte del gobierno o a cualquier otro pagador privado tercero. Entiendo que seré financieramente responsable del pago de todos los copagos, coaseguro, deducibles y servicios que no estén cubiertos bajo la póliza.

Autorización para cuotas adicionales

En caso de que se lleve ante la justicia cualquier demanda para cobrar esta cuenta o cualquier parte de esta, el paciente/garante será responsable de todos los costos, sin limitarse a los honorarios de abogados, costos del tribunal, tarifas de cobro, intereses y cualquier costo adicional que se incurra a causa de esta acción.

Autorización para el tratamiento

Acepto cualquier evaluación, tratamiento y procedimientos que se me puedan realizar durante las visitas al consultorio, incluso tratamiento de emergencia considerado necesario por el médico o sus proveedores.

FIRMA	FECHA
-------	-------