



11601 Montgomery Blvd. N.E.
Albuquerque, NM 87111-2660
(505) 814-1995

INFORMATION DEL PACIENTE

Razon de la Visita _____

Étnicidad: Caucásico ___ Afroamericano ___ Asiático ___ Isleño del Pacífico ___ Nativo Americano ___ Hispanio/Latino ___

Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Edad _____

Número de seguro social ___ - ___ - ___ Fecha de nacimiento ___/___/___ Sexo Hombre ___ Mujer ___

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa (____) _____ Teléfono celular (____) _____ - _____ Correo electrónico _____

Estado civil: ___ Soltero ___ Casado/a ___ Viudo/a ___ Divorciado/a Nombre de esposo/a _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono (____) _____ - _____ Relación _____

Médico Primaria _____ Teléfono (____) _____ - _____

Seguro Primario _____ Titular de la póliza _____

Titular de la póliza fecha de nacimiento ___/___/___ Seguro Social ___ - ___ - ___

Relación con el paciente _____

Seguro secundaria _____ Titular de póliza _____

Titular de la póliza fecha de nacimiento ___/___/___ Seguro Social ___ - ___ - ___

Relación con el paciente _____ **Es paciente menor de 18 años ___ Si ___ No (Si si completa abajo)**

Nombre de garante _____ Relación con el paciente _____

Dirección postal (si es diferente del paciente) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono (____) _____ - _____

Como supiste de nosotros _____ Farmacia preferida _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MEDICO

Por la presente doy mi consentimiento a los procedimientos que se pueden realizar durante este examen, incluyendo servicios que pueden incluir pero no se limitan a procedimientos del laboratorio, examen de radiografía, procedimiento de diagnóstico, tratamientos o procedimientos médicos, y/o quirúrgicos, anestesia otros servicios urgentes prestados a mi bajo la instrucción general y especial de un proveedor de atención de Valencia Urgent Care.

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Por la presente, reconozco que tengo el aviso de prácticas de privacidad, que describe las formas en que la atención de Valencia Urgent Care puede utilizar y revelar mi información médica para el tratamiento, el pago de servicios, las operaciones de salud y otros usos y divulgaciones permitidos.

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION Y ASIGNACION DE BENEFICIOS

Por la presente autorizo el pago directamente a Duke City Urgent Care, LLC DBA como Valencia Urgent Care para todos los beneficios de seguro de los contrario pagaderos a mi por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier y todos los cargos no pagados por el seguro, y por todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes. Autorizo al médico y/o a cualquier proveedor o proveedor de servicios en esta oficina a divulgar cualquier información requerida para asegurar los beneficios de pago. Autorizo el uso de la firma en todas las presentaciones de seguros. Además, reconozco que he recibido y leído la política financiera de Duke City Urgent Care. Entiendo y acepto la política financiera.



11601 Montgomery Blvd. N.E.
Albuquerque, NM 87111-2660
(505) 814-1995

ACUERDO FINANCIERO

En consideracion de los servicios presentados al paciente, el suscrito (como paciente, tutor, conyuge, garante y agente o como paciente) Individualmente promote pagar la cuenta del paciente a los tipos establecidos por la clinica para los servicios proporcionados. Un recibo de los cargos por servicios para el paciente esta disponible bajo peticion. Todos los cargos finales se basan en multiples factores, que incluyen, entre otros, el curso de tratamiento, la intensidad de la atencion, las practicas medicas y la necesidad de proporcionar bienes y servicios adicionales. Por la presente doy me consentimiento, reconozco y entiendo completamente lo anterior. Tambien entiendo que no hay garantias de garantias de nadie en cuanto a los resultados que se pueden obtener de cualquier tratamiento medico o servicios prestados en la atencion de Valencia Urgent Care.

Firma del Paciente/Garante: _____ Fecha: _____

Solo para uso de oficina

Documentacion De Buena Fe

Para obtener el reconocimiento de los pacientes de que recibieron un Aviso de Praticas de Privacidad del proveedor.
Para uso cuando no se puede obtener el reconocimiento del paciente.

El paciente se present a la clinica el _____ y recibio una copia del aviso de practicas de privacidad de Valencia Urgent Care. Se hizo un esfuerzo de Buena fe para obtener del paciente un acuse de recibo por escrito del aviso. Sin embargo, tal reconocimiento no se obtuvo porque:

___ Paciente de nego a firmar.

___ Pacineto tuvo emergencia medica.

___ Otra razon (describe a continuacion)

Nombre del Empleado (Favor de Imprimir)

Firma