

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE						
APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	NUMERO DE TELEFONO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCION POSTALMSI ES DIFERENTE QUE LO ANTERIOR				OTROS NOMBRES QUE USA		

PERSONA RESPONSABLE POR GASTOS DEL PACIENTE			EMPLEADOR		
NOMBRE			NOMBRE		
DIRECCION		FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCION		
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
RELACION AL PACIENTE	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	NUMERO TELEFONO	NUMERO TELEFONO	EN QUE TRABAJA	

ESPOSO DE PERSONA RESPONSABLE POR GASTOS DEL PACIENTE			EMPLEADOR DEL ESPOSO / ESPOSA		
NOMBRE			NOMBRE		
DIRECCION		FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCION		
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
RELACION AL PACIENTE	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	NUMERO TELEFONO	NUMERO TELEFONO	EN QUE TRABAJA	

EN CASO DE URGENCIA – 1			EN CASO DE URGENCIA – 2		
NOMBRE		RELACION AL PACIENTE	NOMBRE		RELACION AL PACIENTE
CIUDAD	ESTADO	NUMERO DE TELEFONO	CIUDAD	ESTADO	NUMERO DE TELEFONO

INFORMACION DEL SEGURO			INFORMACION DE MERCADO		
	Primaria	Secundaria	Como se entero de Pinnacle Medical Group?		
Nombre de Seguro			<input type="checkbox"/> 1. Periodico <input type="checkbox"/> 2. Amigo o Familia <input type="checkbox"/> 3. Feria de Salud		
Nombre de Subscriptor de Seguro			<input type="checkbox"/> 4. Seguro o Empleo <input type="checkbox"/> 5. Radio <input type="checkbox"/> 6. Paginas Amarillas		
Numero Seguro Social del Subscriptor			Por favor de marcar todas que aplican.		
Fecha de Nacimiento del Subscriptor			FOR OFFICE USE ONLY		
Empleador del Subscriptor			Account #: _____ Chart #: _____		
Relacion al Paciente			Location: _____		

AUTORIZACION, PAGO DE SEGURO Y PERMISO PARA ENTREGAR FICHAS MEDICAS

AUTORIZACION PARA ENTREGAR INFORMACION MEDICA: Autorizo a quien tenga informacion medica de mi, entregar esta informacion medica a pedido de companias de seguros con quien tenga cobertura o cualquier agencia publica y sus agentas para determinar beneficios por servicios dados o beneficios por servicios relacionados.

ASIGNACION DE BENEFICIOS: Autorizo pagar los beneficios directamente a Pinnacle Medical Group por servicios que me han dado. Entiendo que yo soy economicamente responsable a Pinnacle Medical Group por cobros no cubiertos por esta asignacion. Autorizo devolucion de seguros pagados en exceso donde mis coberturas estan sujetos a coordinacion de beneficios. En caso de fallar, concuerdo en pagar todos los costos de cobranzo, incluyendo pagos razonables de abogado.

Fecha

Firma Del Paciente - Si es menor, firma de la persona responsable.

REGLAS E INFORMACION FINANCIERA

Pinnacle Medical Group, Inc.

La siguiente informacion es proporcionado en cumplimiento del Federal Truth-In-Lending Act:

Pinnacle Medical Group cobrara intereses sobre cualquier monto del balance anterior, como se muestra en las cuentas o cobranzas periodicas que hace la Clinica que se adeude por mas de 60 dias un 11¼% por mes, despues de haber descontado pagos hechos o creditos recibidos antes de la fecha de cobranza. El interes anual sera de 15%. Habraen todos los casos, una cobranza minima de \$0.50 por cada mes. Esta cobranza minima puede resultar en intereses anuales superiores al 15%. No habra cobro por intereses sobre el Balance anterior si este es pagado antes de los 60 dias de la fecha en que se emite la primera cobranza. Los intereses se calculan sobre su cuenta, aplicando el porcentaje a la cantidad que debe al comienzo de cada ciclo de cobranza. Todo pago recibido sera primero aplicado a los intereses, despues a la parte del balance previo que tenga mas de 60 dias no pagados y despues a la parte del balance previo que tenga 61 dias o menos no pagados y despues a cargas actuates y finalmente a credito.

Puede pagar el balance total en cualquier momento.

Ud. es responsable por el pago de su cuenta sin importar el seguro. Pinnacle Medical Group no puede ser responsable de cobrar su seguro, ni de negociar arreglos sobre una disputa de cobros. Los intereses, como explicamos antes, seran cargados contra cualquier cuenta, aunque la cuenta sea pagada por el seguro.

Pinnacle Medical Group no adquirira ni retendra propiedades para asegurar el pago de su credito dado por servicios, excepto que la Clinica se reserva el derecho de obtener asignacion de beneficios en pago por balances acumulados en la Clinica.

Certifico haber leido esta informacion y he tenido la oportunidad de revisar con personal de la Clinica preguntas que pueda tener sobre la misma.

FECHA _____ FIRMA DEL PACIENTE _____

Pinnacle Medical Group, Inc.

ACUERDO DE TRATAMIENTO

1. Yo, voluntariamente, acepto los cuidados y procedimientos rutinarios y otros tratamientos hechos por profesionales del Pinnacle Medical Group y sus ayudantes, como sea necesario a su juicio.
2. Estoy conciente que las practices de la medicina, cirugia, y otras disciplinas de la salud no constituyen ciencias exactas y entiendo que no me han garantizado los resultados y tratamientos o exámenes en Pinnacle Medical Group
3. Entiendo que para algunos procedimientos que parecen necesarios por mi medico, tendre que firmar un Aduerdo de Tratamiento Especial. Ademas, si no entiendo un procedimiento o sus riesgos, consecuencias, o metodos alternativas de tratamiento, tengo el derecho de preguntar a los profesionales apropiados.
4. Entiendo que Pinnacle Medical Group no sera responsable por la perdida o dafios de mi propiedad personal.
5. Autorizo la entrega a cualquier persona responsable de mi cuidado, informacion de mi ficha medica que sea requerido por la clinica para obtener pago por servicios dados. Este incluye fichas sobre abuso del alcohol y drogas y/o tratamiento, fichas de servicios psicologicos y servicios sociales, incluyendo comunicaciones hecho por el paciente a un medico, asistente social o sicologo. Esta autorizacion sera efectiva solamente hasta que sea necesario para obtener pago, y terminara cunado ese pago sea recibido.

He leido esta informacion y mis preguntas han sido contestadas adecuadamente y certifico que entiendo su contenido.

Nombre del paciente (letra imprenta) _____ Fecha de nacimiento _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma de Padre o persona responsable _____

Relacion con el paciente _____

He recibido informacion sobre el Poder Duradero para el Cuidado de La Salud y mis derechos al respecto.

Ponga sus iniciales aqui: _____