IMMEDIATE CARE MEDICAL CENTER
A PROFESSIONAL CORPORATION

FORMA DE REGISTRACION

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre:_____ Fecha de Nacimiento:____/____/_____ Sexo: M F
(Apellido) (Primer Nombre) (Inicial)

Domicilio: _____ Número de Teléfono: (____)_____-_____
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Seguro Social: ___/___/_____ Alergias a Medicamentos:_____ Estado Civil: S C D V

Contacto de Emergencia: _____ Numero de Licencia & Estado:_____
(Nombre) (Relación) (Numero de Teléfono)

Raza:_____ Raza Hispana o Latina: Si No Idioma Principal:_____

Dirección de Correo Eléctrico: _____

RESPONSABLE DE PAGO:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/_____
(Apellido) (Primer Nombre) (Inicial)

Domicilio: _____ Número de Teléfono: (____)_____-_____
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Seguro Social: ___/___/_____ Empleador: _____ Teléfono del Empleador: (____)_____-_____

INFORMACION DEL SEGURO

PRIMARIA

Nombre de la Empresa del Seguro:_____ ID#_____ Group#_____

Dirección de la Empresa:_____ Número de Teléfono: (____)_____-_____
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Suscriptor de la Póliza:_____ **Fecha de Nacimiento**:____/___/_____
(Apellido) (Primer Nombre) (Inicial) (Relación)

SECUNDARIA

Nombre de la Empresa del Seguro:_____ ID#_____ Group#_____

Dirección de la Empresa:_____ Número de Teléfono: (____)_____-_____
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Suscriptor de la Póliza:_____ **Fecha de Nacimiento**:____/___/_____
(Apellido) (Primer Nombre) (Inicial) (Relación)

LA POLIZA DE PAGO

Es la póliza de Immediate Care cuando usted busca nuestros servicios pedimos que usted tenga que pagar en completo al tiempo de servicio, si usted tiene seguro, usted será responsable de su cuidado urgente co-pago en el momento del servicio. A continuación, cuenta a su seguro por los servicios prestados, y si hay cargos no cubiertos por su seguro, se convierten en su responsabilidad. Usted recibirá un estado de cuenta por esos cargos. Cualquier cuenta que no se paga en su totalidad dentro de los 60 días siguientes a la fecha de la factura debe ser pagado en su totalidad antes de que otros servicios pueden ser prestados. Nos disculpamos por cualquier inconveniente que pueda causar a nuestros clientes. Quest Diagnostics and GI Pathology serán usados para todos laboratorios externos a menos que haya otros arreglos hechos. A excepción de las empresas con las que tenemos acuerdos, nuestra oficina no se hace responsable de la colección de su reclamo de seguro o para negociar un acuerdo sobre un reclamo en disputa. Independientemente de la reivindicación pendiente, si existe un balance abierto, una declaración será enviada. Si la cuenta se refiere a un abogado o colección, el abajo firmante deberá pagar devengo de honorarios de abogados y gastos de cobranza. Su firma indica que usted está enterado de la póliza de Immediate Care y también le da permiso a Immediate Care divulgar cualquier información necesaria para la facturación y recibir el pago directamente de la misma.

Consentimiento del Paciente para el uso y divulgación de información de salud protegida

Con mi consentimiento, Immediate Care Medical Center puede utilizar y revelar protegido salud información (PHI) sobre me a llevar fuera tratamientos, pago y salud operaciones (TPO). Por favor de remitir a Immediate Care Medical Center nota de intimidad Practicas para un más completar descripción de tal utiliza y revelaciones. Yo tengo el derecho de revisar los avisos de intimidad Prácticas anterior de mi firma y consentimiento. Chico Immediate Care Medical Center para mujeres reservan el derecho de revisar las pólizas a cualquier momento. Una copia puede ser obtenida remitiendo una solicitud por escrito a nuestra oficina 376 Vallombrosa Ave Chico, CA 95926. Chico Immediate Care Medical Center puede llamar a mi casa u otro lugar designado y dejar un mensaje en el correo de voz, en persona o por correo electrónico en referencia a cualquier asunto que les ayude a desempeñar sus TPO, tales como recordatorios de citas, asuntos de seguros y cualquier llamada referente a mi cuidado clínico, incluyendo laboratorio / biopsia de resultados, entre otros. Con mi consentimiento Chico Immediate Care Medical Center puede enviar por correo a mi casa u otro designado ubicación Cualquier asunto que les ayude a desempeñar sus TPO, tales como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones de los pacientes siempre y cuando se marcan personales y confidenciales puede enviar por correo a mi casa u otro designado ubicación Cualquier asunto que les ayude a desempeñar sus TPO, tales como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones de los pacientes siempre y cuando se marcan personales y confidenciales. Yo tengo el derecho de pedir a Chico Immediate Care Medical Center restringir cómo se usa o divulga mi PHI para llevar a cabo TPO. Sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligado por este acuerdo. Firmando esta forma yo le doy permiso a Immediate Care Medical Center uso y divulgación de mi PHI para llevar a cabo TPO. Puedo revocar mi consentimiento por escrito, salvo en la medida en que la práctica se ha hecho ya divulgaciones por atenerse a mi consentimiento previo. Si no firmo Immediate Care Medical Center podrá negarse a proporcionar tratamiento para mi.

Firma: _____ _____ _____
Firma del Paciente o Tutor Legal Fecha Relación del paciente

El paciente/Tutor puede obtener una copia firmada de esta forma autorizada con petición.

Acct. #_____ Reviewed By: _____