

Acct #: _____

Informacion Actual del Paciente 2021

Date: _____

Información del paciente:

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Numero de casa: _____ Numero de trabajo: _____

Numero de celular: _____ (requerido para recibir mensajes recordatorios)

Correo electrónico: _____

Estado de relación: ___Casado(a) ___Solero(a) ___Divorciado(a) ___Viudo(a) ___Otro:

Farmacia de preferencia: _____ Ubicación: _____ Numero: _____

Contacto de emergencia: _____ Numero: _____ Relación: _____

Información de seguro medico:

Compañía de seguro: _____ ID #: _____ Numero de grupo: _____

Dirección de Seguro: _____

Información del poseedor de seguro:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección (si es diferente): _____

Responsabilidad Financiera

Por cortesía, Rocky Run Family Medicine enviamos reclamos al seguro primario y en muchos casos, al seguro secundario. **No** mandamos reclamos a seguros de auto por accidentes automovilísticos. Si tiene una visita debido a compensación del trabajo, favor de proveernos con información de la compañía para que su visita al consultorio **no sea** mandada a su propio seguro.

Ha sido nuestra póliza desde el 2006 que, al perder, cancelar o cambiar una cita entre 24 horas, están sujeto a cargos adicionales. Una copia de nuestra póliza completa está disponible al pedido.

Es fraude de falsificar o infórmalos mal de su policía de seguro o tarjeta de seguro.

Yo certifico que toda la información anterior es correcta y al día. _____

Yo entiendo que copagos, coseguros, deducibles, y cargos rechazados son mi responsabilidad. _____

Yo entiendo la póliza por perder, cancelar, cambiar, y llegar tarde a una cita. _____

Nombre de paciente/ Firma: _____ Fecha: _____