

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE (PATIENT INFORMATION)**

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono de casa	Número de teléfono celular	Correo Electrónico	<input type="checkbox"/> Yo me niego proveer mi correo electrónico
¿Quién lo refirió a esta oficina?			
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Raza (opcional)	Etnicidad	Idioma preferida
Número de seguro social	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a)		
Número de Medicare	Farmacia preferida		
Nombre de su compañía de seguro (seguranza) de salud		Número de su seguro (seguranza)	
Nombre de su conyugue	Fecha de nacimiento	Número de teléfono	Número de Teléfono de su trabajo
¿Cómo prefiere que nos comuniquemos con usted? <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Correo de voz <input type="checkbox"/> Coreo electrónico			
<input type="checkbox"/> Correspondencia			

**INFORMACIÓN SOBRE SU EMPLEO (Adulto)**

Nombre del patrón del paciente	Número de teléfono
Dirección del patrón	Ciudad Estado Código postal
Nombre del patrón de su conyugue	Número de teléfono
Dirección del patrón	Ciudad Estado Código postal

**INFORMACIÓN SOBRE EL FIADOR (GARANTE)**

Nombre completo del fiador (Garante)	Relación del paciente para con el fiador (garante)		
Número de teléfono de casa	Número de teléfono celular	Número de teléfono del trabajo	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección del fiador (garante)	Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de Nacimiento del fiador (garante)	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a)		

**Contacto en caso de una emergencia**

Nombre de la persona	Parentesco	
Dirección	Ciudad Estado Código postal	
Número de teléfono de casa	Número de teléfono del trabajo	Número de teléfono celular

**NÚMEROS DE TELÉFONO:**

Al proveernos con un número de teléfono celular o con un número de teléfono fijo de su casa, usted nos esta dando permiso para que llamemos dicho número.

**AUTORIZACIÓN PARA LOS PAGOS MEDIANTE EL MEDICARE**

Yo elijo y autorizo que los pagos que Medicare pague por los servicios que me brindan se hagan directamente a Northern Medical Group Family Medicine.

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN Y BENEFICIOS:**

Por la presente, yo autorizo a Northern Medical Group Family Medicine a que divulguen cualquier información medica a la compañía o compañías de seguros a que yo elija, y a los agentes de dicha (s) compañía (s) para que puedan determinar los beneficios o beneficios relacionados con los servicios brindados. Yo autorizo que se hagan los pagos directamente a Northern Medical Group Family Medicine para cualquier beneficio (s) que se haga para pagar los servicios que me presten. Yo entiendo que sin importar si cualquier compañía de seguros cubre o no mis gastos, yo soy responsable por el pago de la cuenta en su totalidad, lo cual incluye la cantidad del la o los copagos o de cualquier deducible (s) que se deban en el momento de mi visita.

**DECLARACIÓN DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:**

Yo declaro que he recibido una copia de la Noticia de Prácticas de Privacidad dada por Northern Medical Group Family Medicine (Northern Hospital of Surry County).

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A MI FAMILIA U A OTROS REPRESENTANTES AUTORIZADOS:**

Yo autorizo que se divulgue o que se considere mi información de salud protegida con las siguientes personas:

Nombre (s) / Parentesco (s): \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO:**

Yo doy mi autorización para que el personal de Northern Medical Group Family Medicine me traten como un paciente, y doy mi autorización para que dicho cuidado, tratamiento (s) y o estudio (s) diagnostico (s) se realicen según como considere mi proveedor del cuidado de salud que sea o sean necesario (s).