

# FOOTHILL PULMONARY AND CRITICAL CARE CONSULTANTS MEDICAL GROUP, INC.

## Informacion del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Cd/Edo/Código Postal \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Género: Femenino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_  
Telefono de su casa \_\_\_\_\_  
Telefono de su Trabajo: \_\_\_\_\_  
Ocupacion: \_\_\_\_\_ Estudiante: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
Persona que lo Refirio: \_\_\_\_\_

## Informacion de la Persona Responsable

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Cd/Edo/Código Postal \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Teléfono(Casa, trabajo, celular) \_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

## Contacto de Emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Telefono(casa/trabajo/celular) \_\_\_\_\_  
Telefono(casa/trabajo/celular) \_\_\_\_\_

## Información del Seguro Medico

Nombre de la Aseguranza: \_\_\_\_\_  
Numero de la Poliza: \_\_\_\_\_  
Tipo(encierre en un circulo)HMO PPO POS  
Medicare Medi-cal  
Aseguranza Secundaria: \_\_\_\_\_  
Nombre del Subscriptor: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Subscrito \_\_\_\_\_

## Información del Conyugue:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Cd/Edo/Código Postal \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Teléfono(Casa, trabajo, celular) \_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_  
Farmacia: \_\_\_\_\_

## Autorizacion

Doy mi autorización para compartir mi información médica con siguiente persona/as. Esto incluye permitirles recoger los resultados del laboratorio, prescripciones y otra información relacionada con Foothill Pulmonary y Critical Care Consultants Medical Group, Inc. Y de hacer y recibir llamadas telefónicas en relación a mí de salud y/o cargos por los servicios que Foothill Pulmonary y Critical Care Consultants Medical Group Inc. Me hayan prestado.

\_\_\_\_\_ Espos/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Hijo/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

## ASIGNACION DE BENEFICIOS

Por la presente asigno el pago autorizado de Medicare y cualquier otro beneficios médicos y/o quirúrgico, incluyendo los mayores beneficios médicos que me corresponden para ser hechos por mí o en mi nombre a Foothill Pulmonary and Critical Care Consultants Medical Group, Inc. Por cualquier servicio que se me haya prestado por el médico o proveedor. Autorizo al poseedor de mi información médica a divulgar cualquier información necesaria para determinar el pago de mis beneficios relacionados a los servicios recibidos. Esta autorización es efectiva hasta ser revocada por mí por escrito. Una fotocopia de esta asignación es considerada tan válida como la original. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por mi aseguranza. Certifico que soy elegible a los servicios del plan de salud pre pagado. En caso de no ser elegible o haber sido tratado sin la prueba de elegibilidad, estoy de acuerdo en pagar cualquier servicio que me haya proporcionado por Foothill Pulmonary and Critical Care Consultants Medical Group Inc. A las tarifas vigentes en ese momento

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## HIPPA Póliza de Privacidad

Nuestra Practica de Privacidad incluye como podríamos utilizar su información de salud. Esta información esta disponible en el frente y le puede ser provista si lo desea. Estoy de acuerdo con el uso y divulgación de mi información con el propósito de tratamiento, pago y actividades de la oficina.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_