

Fecha :

Greenville ENT

Paciente: _____

SSN _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____
Dirección postal principal _____
Raza (marque) Blanco / Indio Americano / Asiático / Negro / Nativo Hawaiano / Otro _____
Etnicidad (marque) Origen hispano / Origen no hispano / Rechazar Estado Civil _____ Ocupación _____
Cual medico te aconsejo que nos vieras? _____
Apellido _____ Primer nombre _____ Nombre de la practica _____ numero de telefono _____

Doctor de Familia

Primer nombre _____ Apellido _____ Numero de teléfono _____ Nombre de la practica _____
Numero de teléfono #: _____ teléfono alternativo # _____ Correo electrónico _____
Contacto de emergencia _____ Numero de teléfono # _____
Apellido _____ Primer nombre _____ relación _____

Farmacia #1 _____ Farmacia #2 _____

Si el paciente es menor de Edad:

Nombre del Papa _____ Numero de teléfono # _____ teléfono alternativo # _____
Nombre de la Mama _____ Numero de teléfono # _____ teléfono alternativo # _____
En caso de que un padre no pueda llevar al paciente a una cita, doy mi consentimiento para que Greenville ENT Associates evalúe y trate al paciente en mi ausencia bajo la supervisión de _____ Relación con el paciente: _____

Si desea que otra persona que no sea usted tenga acceso a su información, indíquelo a continuación.

Nombre _____ Relación _____ Numero de teléfono # _____
Otros miembros de la familia vistos por nuestros médicos: _____

Información del seguro

Compañía de seguros principal _____ Nombre del asegurado _____
Sexo _____ Fecha de nacimiento del asegurado _____ Asegurados SSN (#social) _____
Suscriptor ID # _____ Grupo # _____
Relación con el titular de la póliza: uno mismo / esposo(a) / niño dependiente/ otro Empleado _____
Compañía de seguros secundario _____ Nombre del asegurado _____
Sexo _____ Fecha de nacimiento del asegurado _____ Asegurados SSN (#social) _____
Suscriptor ID # _____ Grupo # _____
Relación con el titular de la póliza: uno mismo / esposo(a) / niño dependiente/ otro Empleado _____

Consentimiento para Tratamiento, Pago, Operaciones de Atención médica y Acuse de Recibo de Notificación de Prácticas de Privacidad

Solicito que el pago bajo el programa de seguro médico se haga pagadero a Greenville ENT por los servicios recibidos. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos en Greenville ENT y acepto pagar todos los cargos no cubiertos por mi seguro. Autorizo la divulgación de mi información personal de salud para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Acepto que Greenville ENT puede solicitar y usar mi historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica o terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento. Recibí la política de privacidad de Greenville ENT HIPAA y el Aviso de prácticas de información que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de información. También entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo se puede usar o divulgar mi información de salud. Acepto que Greenville ENT puede comunicarse conmigo a cualquiera de los números de teléfono enumerados anteriormente, a través de un empleado, marcador automático o mensaje de texto (se pueden aplicar tarifas de fecha), en relación con recordatorios de citas, información de atención médica y asuntos de facturación. Tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que Greenville ENT ya haya tomado medidas. Además, permito que se use una copia de la autorización en lugar del original.

Laboratorios/muestras: Mi seguro requiere que los laboratorios/muestras/cultivos etc se envíen a: _____
(Si se deja en blanco, los laboratorios se enviarán a nuestros socios preferidos)

Paciente/Persona responsable (imprimir nombre) _____ Firma de Paciente/Persona responsable _____ Fecha _____

Persona responsable SSN (seguro social#) _____ Fecha de nacimiento de persona responsable _____ Relación con el Paciente _____

