



REGISTRO DE PACIENTE NUEVO

Nombre del paciente: Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Nombre preferido: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Género: Masculino Femenino Etnia / Raza: _____ Idioma preferido: _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo ¿Militar / Veterano de EE. UU.? Sí No

Dirección de envío: _____
calle ciudad estado Código Postal

Números de teléfono): _____
hogar móvil trabajo

Dirección de correo electrónico : _____

Contacto de emergencia : _____ Teléfono : _____ Relación con el paciente : _____

¿El paciente está empleado? Sí No Estudiante Si es así / estudiante: Tiempo completo Tiempo parcial

Empleador: _____ Escuela: _____

Persona que completa el formulario si no es paciente: _____ Relación con el paciente: _____

¿Fue referido a LCAM? Sí No Autorreferido

Proveedor remitente: _____ Teléfono: _____

Proveedor de atención primaria: _____ Teléfono: _____

SOLO MENORES - INFORMACIÓN DEL GARANTE

Nombre de la madre: _____ Nombre del padre: _____

Persona responsable de Bill: _____

SSN: _____ Relación con el paciente: _____ DOB: _____

Address: _____ Employer: _____

SEGURO

Seguro Primario

Compañía de Seguros: _____

Nombre del suscriptor: _____

Relación con el paciente: _____ SSN: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Zip: _____

Política#: _____ Grupo#: _____

Lugar de empleo: _____

Suscriptor Género: M F Fecha de nacimiento: _____

Seguro secundario

Compañía de Seguros: _____

Nombre del suscriptor: _____

Relación con el paciente: _____ SSN: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Zip: _____

Política#: _____ Grupo#: _____

Lugar de empleo: _____

Suscriptor Género: M F Fecha de nacimiento: _____



Autorizaciones y reconocimientos

Nombre del Paciente: _____
Primer Medio Ultimo

Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad

Inicial Aquí _____ Yo, el paciente o representante autorizado del paciente, reconozco que una copia del Aviso de Me proporcionaron prácticas de privacidad.

Consentimiento general para el tratamiento y la prueba

Inicial Aquí _____ Yo, el paciente o representante autorizado del paciente, estoy buscando voluntariamente tratamiento médico. Doy mi consentimiento para el examen por el médico, profesional de enfermería, enfermera u otros profesionales de la salud en esta clínica. También doy mi consentimiento para cualquier procedimiento médico, rayos X, pruebas de laboratorio u otros servicios de atención médica ordenados por el equipo de atención médica. Entiendo que puedo rechazar tratamientos específicos o informando al equipo de atención médica.

Divulgación de información

Inicial Aquí _____ Yo, el paciente o representante autorizado del paciente, autorizo al Centro Mississippi para Medicina Avanzada para divulgar cualquier información médica necesaria para procesar el pago de mi reclamo.

Asignación de beneficios de seguro y aceptación de responsabilidad financiera

Inicial Aquí _____ Yo, el paciente o representante autorizado del paciente, autorizo el pago directamente al Mississippi Centro de Medicina Avanzada por sus honorarios. Entiendo y acepto que si alguna parte de mi cuenta no es pagada por el seguro, soy financieramente responsable.

Comunicaciones relativas a mi cuenta

Inicial Aquí _____ Yo, el paciente o representante autorizado del paciente, acepto que la instalación o cualquier otra colección o agencia de servicios o agencias retenidas por la instalación para cobrar cualquier dinero que deba a la instalación puede ponerse en contacto conmigo por teléfono, mensaje de texto, correo electrónico o carta.

Autorizo la divulgación de mi información personal, incluyendo tratamiento médico, programación e información de facturación a las personas enumeradas a continuación.

Nombre	Relación

Firma del paciente/padre/tutor/persona autorizada para representar la

fecha del paciente

Cómo se enteró de nosotros: _____