



NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ DATE DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ APT.#: \_\_\_\_\_ Ciuda : \_\_\_\_\_  
ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL : \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_  
TRABAJO# \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_  
SEXO: M \_\_\_ F \_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SOCIAL SEC. #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: S \_\_\_ M \_\_\_ D \_\_\_ W \_\_\_  
RACE: \_\_\_\_\_ ETNIA: NO HISPANO O LATINO \_\_\_ HISPANIC o preferentes LATINO \_\_\_  
PREFERIDO LANGUAGE \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE ESPOSO \_\_\_\_\_ ESPOSO DE NACIMIENTO : \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
CONTACTO DE EMERGENCIA: CONTACTO \_\_\_\_\_ EMERGENCY #: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PADRE(SSN SI LOS PADRES DE NIÑOS DE ): \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
EMPLEADOR DEL PACIENTE (PATRÓN DE LOS PADRES SI EL NIÑO ): \_\_\_\_\_  
SE COMP este trabajador:. Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿ES ESTE NO FALLA: Sí \_\_\_ No \_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIA**

NOMBRE DE SEGURO: MÉDICO \_\_\_\_\_ PRIMARY : \_\_\_\_\_  
Dirección del médico: \_\_\_\_\_ PHONE #: \_\_\_\_\_  
POLÍTICA ID #: \_\_\_\_\_ GRUPO #: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DEL SEGURO (A ENVIAR LAS RECLAMACIONES ): \_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente : \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SS TITULAR DE LA PÓLIZA DE #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ EMPLOYER \_\_\_\_\_  
Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO**

NOMBRE DE SEGURO: MÉDICO \_\_\_\_\_ PRIMARY: \_\_\_\_\_  
Dirección del médico: \_\_\_\_\_ PHONE #: \_\_\_\_\_  
POLÍTICA ID #: \_\_\_\_\_ GRUPO #: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DEL SEGURO (A ENVIAR LAS RECLAMACIONES ): \_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ STATE: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL : \_\_\_\_\_ TELÉFONO #: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: \_\_\_\_\_ RELACION CON EL PACIENTE : \_\_\_\_\_  
DOB \_\_\_\_\_ SSN #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Empleador del titular de : \_\_\_\_\_  
DIRECCION : \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN POR MIDDLETOWN MÉDICAS, P.C.**

Por este medio autorizo y ordeno MIDDLETOWN MÉDICAS, haberme tratado, a divulgar a las agencias gubernamentales, compañías de seguros, u otros que PERMISO DE SUS REPRESENTANTES PARA EXAMINAR y hacer copias de los registros relativos al cuidado y tratamiento.

**ASIGNACION DE LOS BENEFICIOS DE MÉDICO MIDDLETOWN, PC**

Por la presente cedo, TRANSFERENCIA Y PUESTA a MIDDLETOWN MÉDICAS, PC, dinero suficiente y / o beneficios a los que puedo tener derecho de las agencias gubernamentales, compañías de seguros, u otros que son financieramente responsables de mi hospitalización, servicios médicos y atención médicos para cubrir EL COSTO DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO PRESTADOS A mí o mis dependientes POR MÉDICOS MIDDLETOWN, PC

Todos los descuentos PROFESIONAL, EL RÉGIMEN ESPECIAL, ETC. Dará por terminado si lo examina SEGURO EN EFECTIVO, tirar EOB, falsificar información de seguro, o no cooperan DE ALGUNA MANERA CON NUESTRAS CONDICIONES. Cheques recibidos por ME POR SERVICIOS PRESTADOS POR MÉDICOS MIDDLETOWN, PC Se consignarán en Middletown MÉDICAS, P.C. PLAZO DE CINCO DÍAS DE TRABAJO. EN EL CASO DE QUE USTED DEBE DINERO ESTOS CONTROLES PARA USO PERSONAL, usted estará sujeto a un 1% de interés mensual, todos los gastos legales y conclusión del tratamiento través de esta oficina. Si el pago no es recibido dentro de sesenta días, TENEMOS EL DERECHO A LA VUELTA DE SU CUENTA MÁS A LA COLECCIÓN. Todos los gastos legales incurridos a su cargo.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA : \_\_\_\_\_

**ACUSE DE RECIBO DE PRIVACIDAD HIPAA**

Yo \_\_\_\_\_, declaro que he recibido una copia del aviso de privacidad Middletown Médico.

\_\_\_\_\_  
Fecha Firma del Paciente

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

NOTA: Las regulaciones de aislamiento requieren que los proveedores de atención de salud con relación el tratamiento directo de hacer un esfuerzo de buena fe para obtener y del individuo acuse de recibo de su / su recepción de la notificación de privacidad de la práctica en el momento de la entrega el primer servicio (excepto en emergencias).

**Divulgación autorizada de información a familiares**

Por mi firma abajo, yo doy permiso Middletown médicos a divulgar información sobre mi condición médica y la atención a las siguientes personas:

Name \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

\* Este permiso se mantendrá en efecto a menos que sea revocada por escrito.

\_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del paciente

Si no hay acuse de recibo firmado:

Razón: \_\_\_\_\_

Empleado: \_\_\_\_\_