

Colorado Mountain Medical

Formulario de registro de pacientes

Paciente Acct #: _____

Nombre del paciente: Apellido _____		Primer nombre (legal): _____		Medio inicial: _____
Dirección postal: _____				
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____		
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Femenina	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)			
SSN #: _____	Fecha de nacimiento: DD/MM/AA _____	Edad: _____		
Numero de teléfono de Casa: _____	Trabajo # _____	Ext # _____	Celular # _____	
Empleador: _____		Dirección: _____		
Dirección de correo electrónico: _____				
Etnia <input type="checkbox"/> Los hispanos o latinos <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Reglamentada/ se negó a informe		Raza <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Reglamentada/se negó a informe		Mejor número de contacto <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo Podemos dejar mensaje Sí/No Idioma preferido: _____
Nombre de Farmacia: _____	Calle/ciudad: _____	Teléfono: _____		
Nombre de farmacia de pedidos por correo: _____		Teléfono: _____		
Nombre del médico de familia : _____		Teléfono: _____		
Nombre de medico que lo refirió : _____		Teléfono: _____		
Nombre del contacto de emergencia : _____		Teléfono: _____		
Relación: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro				

*** Por favor presentar su tarjeta de seguro y identificación a la recepcionista ***

Seguro primario: _____

Nombre de Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento _____ SSN _____

Dirección de Suscriptor: _____

Relación con el paciente: Propio Cónyuge Padre Madre Tutor Otro

Seguro Secundario: _____

Nombre de Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SSN: _____

Relación con el paciente: Propio Cónyuge Padre Madre Tutor Otro

Se ha presentado reclamación de indemnización de los trabajadores de esta lesión? Sí No en caso afirmativo, fecha de la lesión: _____

Nombre del Seguro de trabajadores: _____ Nombre de regulador & Teléfono: _____

* Aprobación debe ser dado por su empleador, Gerente de caso de enfermera o regulador **antes** de su cita. Citas echas sin aprobación previa serán programadas para otra fecha.

Persona responsable (para pacientes que son menores de 18)

Apellido: _____ Primero: (legal) _____ medio inicial: _____

Dirección: (si es distinta de la paciente) _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

SSN #: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____ Relación al paciente: Padre Madre Tutor

PACIENTE

SEGUR O

FAMILIAR

· Póliza financiera: Al firmar a continuación, estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Que tengo la autoridad para autorizar CMM para tratar al paciente.
2. CMM tiene la autoridad para obtener cualquier información de registros médicos que necesite para tratar al paciente.
3. CMM puede liberar cualquiera y todos los registros médicos para garantizar el pago de servicios de procesamiento.
4. Que la parte responsable hará pago inmediato por los servicios prestados: si CMM es contratado con su compañía de seguros, pago es debido inmediatamente sobre copagos, servicio no cubierto y coaseguro y después de veinte días el saldo restante después que la reclamación sea procesada.
5. Que si la cuenta se convierte en deuda vencida, puede aplicarse un cargo por servicio que no debe exceder de 1.5% mensual.
6. Fallo para cancelar una cita programada puede resultar en un cobro cancelación.
7. Ocasionalmente, cargos pueden pasarse por alto y agregados a su cuenta en una fecha posterior. Su compañía de seguros se cobrará tasas perdidas y nos balanceará cobrarle después de que tramite la reclamación.
8. Es mi responsabilidad conocer el plan de seguro del paciente y los beneficios cubiertos.
9. Que da su consentimiento a los procedimientos que pueden realizarse durante la visita de oficina.
10. Autorizo el pago de las prestaciones médicas a CMM por los servicios prestados. También entiendo que soy financieramente responsable a CMM cargos no cubiertos por mi compañía de seguros

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre: _____