



Información del Paciente

Fecha de Hoy: _____

Apellido Paterno: _____ Nombre: _____ Inicial de 2do Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Sexo: M/F Estado Civil: Casado/Soltero/Otro

Dirección de Correo: _____ Ciudad: _____ Edo: _____ C.P.: _____

Dirección Física: _____ Ciudad: _____ Edo: _____ C.P.: _____

Teléfono de Casa: _____ No. de Celular: _____

E-mail: _____ No. de Lic. & Edo: _____ SSN: _____

Compañía Donde Trabaja: _____ No de Teléfono: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ No de Teléfono: _____

Persona Responsable

Apellido Paterno: _____ Nombre: _____ Inicial de 2do Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Sexo: M/F Estado Civil: Casado/Soltero/Otro

Dirección de Correo: _____ Ciudad: _____ Edo: _____ C.P.: _____
(si es diferente)

Teléfono de Casa: _____ No. de Celular: _____

E-mail address: _____ No.de Lic. & Edo: _____ SSN: _____

Compañía Donde Trabaja : _____ No.de Teléfono: _____

Información Del Seguro Medico

Nombre & Dirección del Seguro: _____

Nombre de la persona Asegurada: _____ Relación: _____ Co-pago\$ _____

No.de Póliza: _____ No.de Grupo: _____ No. de Teléfono: _____

Consentimiento Medico y Acuerdo Financiero

Esto es un certificado firmado, de consentimiento para examinación y tratamiento por el personal de Park City Healthcare. Estoy consiente de la política financiera de Park City Healthcare.

Yo autorizo cualquier tratamiento que se me recomiende por mi doctor, y estoy de acuerdo con el doctor y conmigo mismo.

1. Yo entiendo que soy responsable de pagar cualquier servicio que reciba. Yo entiendo que el paciente y **no la compañía de seguro** es responsable de pagar todos los cargos, en el momento del servicio médico que se han administrado, al menos que algún acuerdo se haya hecho anteriormente. El paciente es responsable de cualquier y todos los cobros, no cubiertos por el seguro médico.
2. Todos los cobros deben ser pagados en un plazo de 30 días. Después de los cuales se me cobrará un cargo adicional por financiamiento de 1.5% al mes (18% APR.). Cargo mínimo de un \$1.00.
3. Yo autorizo PCHC que le proporcione a mi seguro médico cualquier información necesaria para procesar mi reclamo. Yo autorizo y requiero que los pagos bajo el Prog. De mi seguro médico se paguen directamente al médico por incluir información del paciente a auxiliares (como Laboratorios) y a proveedores de servicio. También permito que se usen copias de mi expediente en lugar de las originales.
4. Cuidado de urgencia- si soy visto bajo cuidado urgente es posible que se me cobre una cuota de \$50.00 aparte de la visita. La mayoría de los seguros médicos reconocen y reembolsan este cobro; soy responsable de este cobro si mi seguro no lo paga.

Yo/Nosotros estamos de acuerdo de pagar todos los costos de colección y cuotas razonables de abogado y si hay algún balance enviado a la agencia de colección o demanda.

Nombre del Paciente

Firma

Fecha

*****FAVOR DE CONTINUAR ATRAS*****