PARK CITY HEALTHCARE

Información del Patiente

Fecha de Hoy:_____

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

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

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

Direccion Fisica:_____ Ciudad:_____ Edo:_____ C.P.:_____

Teléfono de Casa:_____ No. de Celular:_____

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

Compania Donde Trabaja: _____ No de Telefono:_____

Contacto de Emergencia:_____ Relacion:_____ No de Teléfono:_____

Persona Responsable

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

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

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

Teléfono de Casa:_____ No. de Celular:_____

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

Compania 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 examinacion y tratamiento por el personal de Park City Healthcare. Estoy consiente de la politica finaciera 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 compañia de seguro** es responsable de pagar todos los cargos, en el momento del servivio medico que se han administrado, al menos que algun acuerdo se haya hecho anteriormente. El paciente es responsable de cualquier y todos los cobros, no cubiertos por el seguro medico.
2. Todos los cobros deben ser pagados en un plazo de 30 días. Despues de los cuales se me cobrará un cargo adicional por financiamiento de 1.5% al mes (18% APR.). Cargo minimo de un $1.00.
3. Yo autorizo PCHC que le proporcione a mi seguro medico cualquier información necesaria para procesar mi reclamo. Yo autorizo y requiero que los pagos bajo el Prog. De mi seguro medico se paguen directamente al medico por incluir Informacion del paciente a auxiliarios (como Laboratorios) y a provedores de servicio. Tambien permito que se usen copias de mi expediente en lugar de las originals.
4. Cuidado de urgencia- si soy visto bajo cuidado urgent es posible que se me cobre una cuota de $50.00 aparte de la visita. La mayoria de los seguros medicos reconocen y rembolsan 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 rasonables de abogado y si hay algún balance enviado a la agencia de colección o demanda.

_____ Nombre del Paciente

_____ Firma de la Parte Responsable/ Tutor Legal

_____ Fecha