

Hoover Family Medicine
Registracion del paciente

Chart number

Informacion del paciente:

Apellido: _____ Nombre: _____ Estado civil: _____

Direccion: _____ Apt. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Numero Celular: () _____ Numero de trabajo: () _____

Numero de casa: () _____ Numero de fax: () _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo masculino femenino

En caso de emergencia contactar a:

Apellido: _____ Nombre: _____ Telefono: () _____

**Si tiene aseguransa, porfavor denos una copia de su aseguransa.*

ID

Insurance card

Hoover Family Medicine

Permiso de tratamiento

Yo autorizo al doctor(a) de Hoover Family Medicine y otros proveedores medicos bajo la direccion del medico a proveer reasonable y apropiado cuidado de los estandares actuales. Yo entiendo que no esta garantizado la cura total de la enfermedad. El tratamiento sera basado a los resultados de la examinacion.

Iniciales

Asignacion de Beneficio

Me comprometo a asignar todos los beneficios de seguro proporcionados por mi compañía de seguros directamente a Hoover Family Medicine

Iniciales

Poliza de Pago

Yo entiendo que soy completamente responsable por todos los cargos durante mi examinacion y tratamiento, no importando si tengo beneficio de seguro. Yo tambien entiendo que las visitas mandada a la segurace por esta oficina, son procedimientos que son realizados por cortesia hacia mi, y no me libra de mi obligacion financiera con la oficina. Si mi aseguranza no paga por el servicion en 60 dias, yo sere completamente responsable po el pago. Yo preveere toda la asistencia necesaria a la oficina para que mi servicio sea pagado por mi aseguranza. Yo entiendo que si mi cuenta mantiene un balance no pagado por 90 dias, Hoover Family Medicine tiene enl derecho de usar cualquier metodo necesario de cobrar el balance no pagado. Como paciente/ o responsable , yo sere responsable de cualquier cobro, cobros de abogado, costos de la corte y todos los otros costos relacionados con el cobro del balance no pagado. Ademas yo renuncio a todos los derechos de exencion bajo las leyes de estado de Alabama y cualquier otro estado.

Iniciales

Aviso sobre las practicas de confidencialidad

Yo tengo e conocimiento de la version actual del "Aviso sobre las practicas de confidencialidad" de Hoover Family Medicine, que describe mis derechos en la clinica.

Iniciales

Autorizacion de mis expedients

Yo especificamente autorizo a las siguientes personas a la informacion de mis expedients:

Firma del Paciente
O (si es menor)

Fecha

Responsable del paciente

Fecha

Imprimir el nombre

Relacion al paciente