



Consentimiento para Tratar y Registro del Paciente

Consiento ser tratado por los proveedores de Medicina Universitaria y participar activamente con ellos en el manejo de mis necesidades de atención médica. Este consentimiento incluye la autorización para revisar cualquier historial de recetas.

Paciente (o tutor legal) Firma: _____ Fecha: _____

Por favor imprimir:

Nombre de pila: _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Dirección de casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de facturación (si es diferente) _____

Teléfono de casa _____ Teléfono móvil _____ Teléfono del trabajo _____

Dirección de correo electrónico _____ Portal Patient Option Sí No

Fecha de nacimiento _____ Número de seguridad social _____ Género _____

Estado civil S C D V Otros: _____ Raza _____ Etnicidad _____ Idioma _____

Proveedor de Referencia _____ Proveedor de Atención Primaria _____

Responsable: Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial _____

Contacto de emergencia _____ Relación _____ Teléfono celular _____

Farmacia Preferida _____ Dirección _____

Información del seguro

Seguro primario _____ Fecha de vigencia de la póliza: De _____ A: _____

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____ Número de SS _____

Dirección _____ Ciudad, Estado, Código postal _____

Política I.D. _____ Grupo # _____ Miembro # _____

Relación del paciente con el titular de la póliza: Cónyuge Esposa Niño Otro _____

Todos los servicios profesionales prestados son responsabilidad del paciente. Los formularios necesarios se completarán para ayudar a acelerar los pagos de los aseguradores. Sin embargo, el paciente es responsable de todos los honorarios, independientemente de la cobertura del seguro. Si es necesario entregar este servicio a la recaudación por falta de pago después de 90 días, el paciente es responsable de la factura, los intereses y la recaudación y honorarios de abogado. Autorizo el pago directamente al Proveedor abajo firmante por mis cargos y autorizo al Proveedor abajo firmante a divulgar cualquier información relacionada con mi examen o tratamiento a mi compañía de seguros por escrito o por fax.

Paciente (o tutor legal) Firma: _____ Fecha: _____

File: Patient Admin Docs with naming convention: YYYYMMDD Consent to Treat