

Arizona Community Physicians
Registro de la Intromisión de Paciente

F6

Nombre	Inicial	Apellido	Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de la casa #		Teléfono de emergencia	Nombre del contacto de emergencia		Fecha de Nacimiento	
Sexo	Estado Civil		Seguro Social	Nombre de Medico		
Teléfono Celular		"pager" #	Nombre anterior			
Estudiante F/T OR P/T	Nombre de la Compañía de Seguro Industrial		Teléfono de Trabajo	Dirección de Trabajo		

Información del responsable (si es diferente)

F5

Nombre	Inicial	Apellido	Dirección	Ciudad	Estado	Telefono	Código Postal
--------	---------	----------	-----------	--------	--------	----------	---------------

Información contacto de emergencia

F10

Teléfono de emergencia	Nombre del contacto de emergencia	Teléfono celular	Pager	correo electrónico
------------------------	-----------------------------------	------------------	-------	--------------------

Información de la primera seguridad

F7

Fecha efectiva de seguro	Nombre de seguro	
Fecha electiva de seguro	# de seguro	# de póliza
la porción que a usted le toca es	nombre del asegurado	Relación del paciente con el asegurado
Fecha de nacimiento de seguro	(M) _____ (H) _____ sexo	# de seguridad social de asegurado
nombre de la compañía de asegurado	dirección de la compañía	teléfono de la compañía

Información de la segunda seguridad

Fecha efectiva de seguro	Nombre de seguro	# de seguro	# de póliza
Dirección de seguro	Cuidad	Estado	Código postal
PROPIA/ESPOSO(A)/HIJO(A)/OTRO			
RELACION DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO		Nombre del asegurado	Apellido
Fecha de nacimiento del asegurado	(M) _____ (H) _____ sexo	# de seguridad social del asegurado	Nombre de la compañía del asegurado
Dirección de empleado	Cuidad	Estado	Código Postal
			Teléfono de trabajo

Al firmar este formulario, autorizo pago por los servicios médicos que voy a recibir. El pago es directo a Arizona Community Physicians, P.C. o su representante autorizado. Yo autorizo el envío de mi expediente medico o cualquier otra información necesaria para procesar el pago, a programas de beneficios del gobierno o a los programas de seguro medico.

También doy permiso para que una copia de esta autorización se use en vez del original. Al firmar, yo entiendo que soy responsable por el pago de la cuenta por servicios recibidos a pesar de tener plan de seguro u otro tipo de cobertura medica. La fecha efectiva de esta autorización es desde hoy hasta una futura fecha en la que yo o mi dependiente o ya no ser paciente de Arizona Community Physicians, P.C. o hasta mi muerte.

Firma de paciente o encargado _____

Fecha _____