

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PARA PODER OFRECERLE CON EL MEJOR SERVICIO Y CUIDADO A SU SALUD, POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACION.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		
	DIRECCIÓN Y DIRECCIÓN DE CORREO					CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	SEXO ☐ H ☐ M	ESTADO CIVIL ☐ S ☐ D ☐ C ☐ V	FECHA DE NACIMIENTO / /	EDAD	ALÉRGICAS A/O MEDICAMENTOS ➡				
	TELÉFONO DE CASA ()		TELÉFONO DEL TRABAJO ()		TELÉFONO CELULAR ()		Prefiero que TPMG me deje un mensaje en mi: ☐ Teléfono de Casa ☐ Teléfono del Trabajo ☐ Teléfono Celular		
	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA			OCUPACIÓN	
	EMPLEADOR		DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR			CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	RAZA ☐ Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico ☐ Indoamericano o Nativos de Alaska ☐ Negro o Afroamericano		☐ Más de una raza ☐ Asiático ☐ Blanco		☐ Otra raza		ETNICIDAD ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino		IDIOMA PREFERIDO
RESPONSABLE SALTARSI MISMO QUE EL ANTERIOR	APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO / /		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
	DIRECCIÓN Y DIRECCIÓN DE CORREO					CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	TELÉFONO DE CASA ()		TELÉFONO DEL TRABAJO ()		TELÉFONO CELULAR ()				
	RELACIÓN CON EL PACIENTE			OCUPACIÓN			EMPLEADOR		
EMERGENCIA CONVIENE	APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO / /		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
	CONTACTO DE EMERGENCIA EN UNA DIRECCIÓN DIFERENTE					RELACIÓN		TELÉFONO ()	
FARMACIA	DIRECCIÓN					CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	NOMBRE DE LA FARMACIA					TELÉFONO ()		FAX ()	
SEGURO	Para su comodidad, vamos a ayudarlo o proporcionarle la información necesaria para presentar su seguro médico. Si no nos permiten copiar sus tarjetas de seguro.								
	PRIMERO SEGUROS				SEGUNDA SEGUROS				
	NOMBRE DE COMPAÑÍA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO DEL GRUPO		NOMBRE DE COMPAÑÍA		
	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR		FECHA DE NACIMIENTO / /		NOMBRE DEL SUSCRIPTOR		FECHA DE NACIMIENTO / /		
RELACIÓN CON EL PACIENTE					RELACIÓN CON EL PACIENTE				
ME REFERIRÉ A ESTA OFICINA A TRAVÉS DE:									
CONSENTIMIENTO La ley del estado de Virginia nos prepara en caso de un empleado o cualquier agente de TPMG que es expuesto a la sangre de un paciente o cualquier otro fluidos corporales de una manera que se pueda transmitir el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) o el virus de hepatitis B o C, en este caso se considerará que ha dado su consentimiento para la publicación de sus resultados a la persona que ha sido expuesta. Todos los pacientes deben poner sus iniciales por lo menos en una de las dos opciones : ____ Por la presente reconozco que he sido dotado de una copia de la Notificación TPMG de Políticas de Privacidad. ____ Por la presente reconozco que he sido dotado de una copia de la Notificación TPMG de Políticas de Privacidad, pero negarse a aceptar que en este momento.									
FIRMA DEL PACIENTE / PERSONA RESPONSABLE					RELACIÓN DEL PACIENTE			FECHA	
ACUERDO FINANCIERO Y ASIGNACIÓN DE SEGUROS Autorizo tratamiento para el paciente de cualquier médico de TPMG y o sus empleados de clínicas afiliadas. Además autorizo la entrega de toda mi información médica y los datos de facturación que sean necesarios para el reembolso de tercera parte de mi compañía de seguros, Tricare o Medicare. Yo autorizo el pago directo de dicho seguro (s) a esta práctica. Acepto la responsabilidad por el pago de todos los tratamientos que el pagador determina no constituya servicios cubiertos, así como los honorarios del abogado de 33 1/3% y otros costes asociados a la recolección fuera necesario tal acción.									
FIRMA DEL PACIENTE / PERSONA RESPONSABLE					RELACIÓN DEL PACIENTE			FECHA	
SOLO PARA PACIENTES DE MEDICARE	NOMBRE DEL BENEFICIARIO		Solicito que el pago de los beneficios autorizados por Medicare están hechos a mí o en mi nombre a TPMG por los servicios prestados a mí por su médico / proveedor. Autorizo a cualquier poseedor de mi información médica a liberar a los centros de servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos para servicios relacionados.						
	NÚMERO DE HCN		Entiendo que mi firma solicita que se realicen los pagos y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. Si el punto 9 del formulario de reclamación HCFA-1500 se completa, mi firma autoriza la liberación de la información a la compañía de seguros o agencia muestra. En los casos asignados de Medicare, el médico o el proveedor se compromete a aceptar la determinación de la carga del portador de Medicare como la carga completa, y el paciente es responsable sólo por el deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos. El coseguro y el deducible se basan en la determinación de la carga del portador de Medicare						
	SI USTED ES UN PACIENTE QUE TIENE SEGURO DE MEDICARE, POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCION PARA ASEGURAR QUE EL PROCEDIMIENTO DE SU CUENTA Y SEGURO CON NUESTRA OFICINA ES CORRECTA.		FIRMA DEL BENEFICIARIO FECHA						