

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		# de ID del Paciente	
Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo:	# de Seguro Social: Estado Civil:
Proveedor Preferido:		Proveedor de Atención primaria:	

**Las Regulaciones Federales requieren ahora que recopilemos la siguiente información demográfica. Por favor marque una de las opciones de cada Categoría.**

<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiatico	<input type="checkbox"/> Declino a Responder
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Otro	
<b>Etnia:</b> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Declino a Responder

Nombre de la Farmacia:	# de Teléfono de la Farmacia:
Ciudad de la Farmacia:	Correo de Pedido de la Farmacia:

**INFORMACIÓN DE CONTACTO** Por favor marque la casilla que indica la forma en la que gustaria que nos comuniquemos con usted.

Dirección de Correo:	Ciudad/Estado:	Código Postal:
# de Teléfono de Casa:	# de Teléfono de Trabajo:	# de Teléfono Celular:
Correo Electronico:	Empleador:	
Contacto de Emergencia:	Relación:	# de Teléfono:

**INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN** Para menores de edad o personas con los tutores legales, indique al Responsable Financiero.

Nombre:	Relación:
Dirección:	# de Teléfono:

**Seguro Primario:**

# de Póliza (incluir guiones):	Grupo:	
Dirección de la Compañía de Seguros:		
Información del Asegurado:	Paciente: <input type="checkbox"/>	Nombre:
Fecha de Nacimiento:	Numero de Seguro Social:	Relación:

**Seguro Secundario:**

# de Póliza (incluir guiones):	Group:	
Dirección de la Compañía de Seguros:		
Información del Asegurado:	Paciente: <input type="checkbox"/>	Nombre:
Fecha de Nacimiento:	Numero de Seguro Social:	Relación:

Se concede el permiso a la Atención Médica de Silver para tales procedimientos médicos, incluyendo la toma de fotografías sólo con fines de tratamiento, que se consideren necesarios por mi médico y / o su designado / a. Además consiento el tratamiento por empleados autorizados o agentes que están asignados a mi cuidado. Estoy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías con respecto a los resultados del tratamiento, los exámenes o los servicios de atención de urgencia. Reconozco que se me ha dado aviso de las prácticas de privacidad de la Atención Médica de Silver (SHC). Entiendo que si tengo preguntas o quejas, puedo comunicarme con un Oficial de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) de SHC. Entiendo que SHC utilizará las herramientas de acceso a la información digital con respecto al cuidado adecuado, incluidos los registros obtenidos de otros proveedores y fuentes.

Entiendo que seré responsable por cualquier co-seguro, deducibles, o gastos no cubiertos por mi seguro. Si no se paga el saldo a su vencimiento, entiendo que seré responsable por el saldo. También entiendo que si la cuenta no pagada es referida a una agencia externa, soy responsable de pagar todos los cobros del costo, incluyendo los honorarios del abogado. Por la presente autorizo la entrega de información a mi compañía de seguros o sus intermediarios para todos los servicios cubiertos prestados por la Atención Médica de Silver.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_