

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
Nombre anterior: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono móvil: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____
Sexo: Masculino Femenino Estado civil: _____
Empleador: _____ Ocupación: _____
Contacto en caso de emergencia #1: _____ Contacto en caso de emergencia #2: _____
Nombre: _____ Nombre: _____
Teléfono: _____ Teléfono: _____
Relación: _____ Relación: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

SEGURO PRINCIPAL: _____ NÚM. DE ID: _____ Núm. de grupo: _____
Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Relación: _____
Empleador del suscriptor: _____
SEGURO SECUNDARIO: _____ NÚM. DE ID: _____ Núm. de grupo: _____
Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Relación: _____
Empleador del suscriptor: _____
SEGURO ADICIONAL: _____ (Traiga consigo su tarjeta de identificación del seguro médico)
Si su seguro secundario o adicional es Medicare, llene el cuestionario de coordinación de beneficios de Medicare.

INFORMACIÓN DEL GARANTE

(Persona responsable del pago)

Complete esta sección para los pacientes menores de 18 años. Con excepciones limitadas, todos los pacientes mayores de 18 son su propio garante.

Nombre: _____ Relación con usted: _____
Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____
Empleador: _____ Teléfono: _____

AUTORIZACIÓN PARA FACTURAR

Confirmando que la presente dirección, número de teléfono y los datos del garante y de la aseguradora son correctos. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente al proveedor de atención médica. Tengo la obligación financiera de cubrir el saldo pendiente. También autorizo al proveedor de atención médica o a la aseguradora a divulgar la información necesaria para esta reclamación. MEDICARE: Comprendo que mi proveedor está de acuerdo en aceptar el pago autorizado por Medicare como cargo completo y que yo tengo la obligación de cubrir solamente el deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos.

Firma: _____ Fecha: _____
Firma del paciente o del representante legal. Firma solicitada por FCN para facturar.

Nombre en letra de molde: _____
Nombre en letra de molde de la persona que firma este formulario.

Información adicional al reverso.

COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

Portal: Ofrecemos una vía de comunicación electrónica segura entre usted y nuestra oficina a través de nuestro portal para el paciente. Solamente la persona que accede el portal con la contraseña correcta podrá leer los mensajes y la información protegidos. Esta vía de comunicación es segura y se ofrece a las personas que desean utilizar una herramienta valiosa y cómoda para proporcionar información clínica y administrativa.

Sí, deseo participar. Correo electrónico (para recibir una invitación al portal): _____

No, no deseo participar en este momento.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL _____ FECHA _____

ETNIA, RAZA E IDIOMA

Participamos en programas federales y estatales que nos piden recopilar esta información para dar seguimiento al cumplimiento de los derechos civiles y las vacunas que otorga el estado.

Origen étnico: Marque una opción.

<input type="checkbox"/> Hispano/latino	Personas originarias de Cuba, México, Puerto Rico, Centro o Sudamérica u otras regiones o culturas hispanas, sin importar la raza.
<input type="checkbox"/> No hispano o latino	Todas las demás herencias culturales.
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder.	

Raza (marcar todas las opciones que correspondan).

<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/nativo de Alaska	Personas provenientes de alguno de los pueblos originarios del Norte, Centro y Sur de América y que mantienen afiliación o lazos tribales con su comunidad.
<input type="checkbox"/> Asiático	Personas originarias de los pueblos originarios del extremo Oriente, el Sudeste de Asia y el subcontinente indio, incluyendo países como Camboya, China, Corea, India, las islas Filipinas, Japón, Malasia, Pakistán, Tailandia y Vietnam.
<input type="checkbox"/> Negro, haitiano o afroestadounidense	Personas originarias de cualquiera de los grupos raciales negros de África.
<input type="checkbox"/> Hispano o latino	Personas originarias de Cuba, México, Puerto Rico, Centro o Sudamérica u otros orígenes o culturas hispanas.
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico	Personas provenientes de los pueblos originarios de Hawái, Guan, Samoa y otras islas del Pacífico.
<input type="checkbox"/> Blanco	Personas provenientes de los pueblos originarios de Europa, Medio Oriente o el norte de África.
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder.	

Idioma: Seleccione su idioma de preferencia.

<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Árabe
<input type="checkbox"/> Bosnio	<input type="checkbox"/> Cantonés	<input type="checkbox"/> Farsi	<input type="checkbox"/> Filipino (tagalo)
<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Alemán	<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Japonés
<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Mandarín	<input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> Panyabí
<input type="checkbox"/> Serbio	<input type="checkbox"/> Lengua de señas	<input type="checkbox"/> Eslovaco	<input type="checkbox"/> Somalí
<input type="checkbox"/> Tailandés	<input type="checkbox"/> Ucraniano	<input type="checkbox"/> Urdu	<input type="checkbox"/> Vietnamita

Otro:

Prefiero no responder.