

## FORMULARIO DE INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_

Farmacia & Ubicación: \_\_\_\_\_

Referido Por: \_\_\_\_\_ Medico Principal \_\_\_\_\_

Motivo de la Visita de Hoy: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: M or F No. de Seguro Social \_\_\_\_\_

Raza:	<input type="checkbox"/> IndioAmericano/Nativo Alaska	<input type="checkbox"/> Negro/AfroAmericano	<input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico	<input type="checkbox"/> Asiático
	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacifico	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Rechazado

Origen Étnico:	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Rechazado
----------------	-------------------------------------------	----------------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_ Estado Civil: (Marque con Circulo) S C D V

Dirección Postal Local: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Postal Alternativa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Si es de temporada, Indique las Fechas: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa #: \_\_\_\_\_  Teléfono del Trabajo #: \_\_\_\_\_  Teléfono Celular #: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\* Después de proporcionar un número de teléfono y una dirección de correo electrónico para comunicarnos con usted en nuestro Portal para pacientes, coloque una V junto a la mejor manera de contactarlo.

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Autorizo a FDHS contactar al PACIENTE en la dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Personas a las que podemos dar a conocer su información (seleccione qué tipo de información podemos discutir con ellos poniendo sus iniciales en los espacios en blanco correspondiente (s)):

Autorizo a FDHS a compartir información Médica \_\_\_\_\_ de facturación \_\_\_\_\_ del paciente con la siguiente persona:

IMPRIMIR Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Autorizo a FDHS a compartir información Medica \_\_\_\_\_ de facturación \_\_\_\_\_ del paciente con la siguiente persona:

IMPRIMIR Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

# INFORMACION DE SEGURO

Persona Responsable (Si es diferente al Paciente)

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial de \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección Postal Local: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## Seguro Médico Primario

Nombre del Titular en la Poliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de la Aseguranza: \_\_\_\_\_ Nombre de Grupo: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

Número de Identificación del Miembro: \_\_\_\_\_

Tipo de Cobertura: \_\_\_\_\_ Paciente \_\_\_\_\_ Dependiente Discapacitado \_\_\_\_\_ Dependiente Patrocinado \_\_\_\_\_  
Dependiente Familiar \_\_\_\_\_

Demandante Lesionado \_\_\_\_\_ Estudiante \_\_\_\_\_ Medio Tiempo: \_\_\_\_\_ Tiempo Completo: \_\_\_\_\_

## Seguro Médico Secundario

Nombre del Titular en la Poliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de la Aseguranza: \_\_\_\_\_ Nombre de Grupo: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

Número de Identificación del Miembro: \_\_\_\_\_

**Cesión y Autorización de Beneficios:** Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mis reclamos. Permiso que se use una copia de esta autorización en lugar del original. Esta autorización puede ser revocada por mi compañía de seguros o por mí persona por escrito en cualquier momento. Por la presente autorizo a Florida Digestive Health Specialists a solicitar beneficios en mi nombre para los servicios cubiertos prestados por él / ella o por su orden. Solicito que el pago de mi compañía de seguros se realice directamente a los Especialistas en Salud Digestiva de Florida (o la compañía que acepta la cesión). Certifico que la información que he proporcionado sobre mi cobertura de seguro es correcta. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la factura real por los servicios prestados. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o en el de mis dependientes. Estoy de acuerdo en pagar cualquier tarifa de cobro razonable, incluidos los honorarios razonables de abogado necesarios para cobrar mi deuda.

Firma de la Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_