

DEMOGRAFICAS

APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	
# DE SEGURO SOCIAL		SEXO		PREFIJO/SUFIJO	
FECHA DE NACIMIENTO(mm/dd/año)		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> aCasado <input type="checkbox"/> aDivorciado <input type="checkbox"/> aViudo <input type="checkbox"/> aCompañero/a		ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A tiempo complete <input type="checkbox"/> A tiempo parcial	
DIRECCION		CIUDAD/ESTADO		CODIGO POSTAL	
TELEFONO DOMICILIO(incluyacódigo del área)		TELEFONO TRABAJO		TELEFONO CELULAR	
RAZA <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/Afro americana <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaii/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otraraza Indio americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska		ETNIA <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Desconocida		IDIOMA PREFERIDO <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español U Otro: _____	
EMPLEADOR	POSICION O TITULO	DIRECCION DEL EMPLEO		TELEFONO DEL EMPLEADOR	
FARMACIA PREFERIDA	TELEFONO DE LA FARMACIA	DIRECCION ELECTRONICA			
MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO PARA MENSAJES DE SU CITA <input type="checkbox"/> MENSAJE DE TEXTO <input type="checkbox"/> EMAIL <input type="checkbox"/> TELÉFONO CELULAR <input type="checkbox"/> TELÉFONO DE SU CASA					

INFORMACION SOBRE CONTACTO/GARANTE

CONTACTO <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Parient emáscercano <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Autorizado para obtener tratamiento		APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	
# DE SEGURO SOCIAL	FECHA NACIMIENTO (mm/dd/año)	RELACION CON EL PACIENTE		SEXO	ESTADO CIVIL		
DIRECCION DOMICILIAR		CIUDAD/ESTADO		CODIGO POSTAL	TELEFONO DOMICILIO		
EMPLEADOR		TELEFONO DEL TRABAJO		POSICION O TITULO			

Si no se incluye información sobre el garante, se presumirá que el paciente es el responsable de pagar la cuenta.

CONTACTO <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Parient emáscercano <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Autorizado para obtener tratamiento		APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	
# DE SEGURO SOCIAL	FECHA NACIMIENTO (mm/dd/año)	RELACION CON EL PACIENTE		SEXO	ESTADO CIVIL		
DIRECCION DOMICILIAR		CIUDAD/ESTADO		CODIGO POSTAL	TELEFONO DOMICILIO		
EMPLEADOR		TELEFONO DEL TRABAJO		POSICION O TITULO			

INFORMACION SOBRE POLIZA DE SEGUROS

SIGUE

NUMERO DE LA POLIZA	ID DEL GRUPO	FECHA DE VIGENCIA
TIPO <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Indemnización por accidente <input type="checkbox"/> Otro	SEGURO PRIMARIO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA CADUCIDAD
		MONTO DEL COPAGO Consulta: \$ _____ Especialista: \$ _____
NOMBRE DE ASEGURADORA/PLAN	DIRECCION DE LA ASEGURADORA	
		TELEFONO
NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/año)	TELEFONO DOMICILIO
DIRECCION DEL ASEGURADO		MEDICO PRIMARIO

INFORMACION SOBRE SEGURO SECUNDARIO (si se aplica)

NUMERO DE LA POLIZA	ID DEL GRUPO	FECHA DE VIGENCIA
TIPO <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Indemnización por accidente <input type="checkbox"/> Otro	SEGURO PRIMARIO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA CADUCIDAD
		TIPO <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Indemnización por accidente <input type="checkbox"/> Otro
NOMBRE DE ASEGURADORA/PLAN	DIRECCION DE LA ASEGURADORA	
		TELEFONO
NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/año)	TELEFONO DOMICILIO

Autorizo para que paguen mis beneficios como asegurado directamente al médico y me responsabilizo financieramente de todos los cargos. Por este medio autorizo a que se liberen y se re-envíen mis registros médicos para permitir o facilitar el cobro, verificación o resolución de mi cuenta por cualquier cantidad que se me deba a mi o a un pagador tercero, organización de mantenimiento de salud, asegurador u otro plan de beneficios médicos. Esta autorización se extiende a LMG, PC o cualquiera de sus afiliados o agentes, entidad crediticia o cualquiera de sus afiliados.

Nombre en letras de molde

Firma

Fecha

AVISO DE CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS DE SIDA, HEPATITIS B o C

Según § 32.1-45.1 del Código de Virginia (1950) enmendado, LMG está obligado a proporcionarle el siguiente aviso:

1. Si algún profesional de salud o empleado de LMG tiene contacto directo con su sangre o fluidos corporales en forma que pudiera contagiarse de enfermedades, su sangre será sometida a pruebas para detectar el virus del SIDA, al igual que Hepatitis B o C. Los resultados del examen le serán proporcionados por un médico u otro profesional de salud. Según el Código § 32.1-45.1 (A) se entiende que usted ha dado su consentimiento para que el resultado de estos exámenes se le proporcionen a la persona expuesta al contagio.
2. Si usted tiene contacto directo con la sangre y fluido corporal de algún profesional de salud o empleado de LMG en forma de que pudiera contagiarse de alguna enfermedad, la sangre de esa persona será sometida a prueba para detectar el virus del SIDA, al igual que para Hepatitis B y C. Un médico u otro profesional de salud le informará a usted y a esa persona del resultado de las pruebas.

Entiendo que este consentimiento permanecerá vigente durante el tiempo que mi dependiente o yo reciba cuidados de LMG o hasta que yo lo retire.

Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal Actuando en su Lugar

Fecha de la firma

Relación (si no es el paciente quien firma)

Firma de la Persona que Obtiene el Consentimiento