

| <b>Información del Paciente</b>   |   |  |  |                                   |     |
|---|---|--|--|-----------------------------------|-----|
| Apellido del Paciente   |   | Primer Nombre                                      | Apodo  | Segundo Nombre                    | NSS |
|   |   |  |  |                                   |     |
| Fecha de nacimiento   | Género  | Nombre(s) usados anteriormente                     | ¿Cómo le gustaría ser contactado?  |                                   |     |
|   | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |  | <input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Email |                                   |     |
| Dirección Postal:   |   | Dirección Física:                                  |  |                                   |     |
| Ciudad:   |   | Estado:  | Código Postal:   |                                   |     |
| Teléfono de Casa  | Teléfono durante horas hábiles                        | Número de Tel. del Trabajo                         | Teléfono celular   | Teléfono preferible               |     |
|   |   |  |  |                                   |     |
| Dirección electrónica (Email):  |   |  | Médico de Cabecera/Practicante Médico:   |                                   |     |
| Estado Civil  | Raza/Etnicidad  | Idioma Preferente                                  |  |                                   |     |
|   |   |  |  |                                   |     |
| Nombre de la Madre (si el paciente es menor de edad)  |   | Nombre del Padre (si el paciente es menor de edad) |  |                                   |     |
|   |   |  |  |                                   |     |
| <b>EN CASO DE EMERGENCIA</b>  |   |  |  |                                   |     |
| Nombre  |   | Relación con el paciente                           | Teléfono de la casa  | Teléfono del trabajo              |     |
|   |   |  |  |                                   |     |
| <b>INSURANCE</b>  |   |  |  |                                   |     |
| Nombre de la compañía de seguro médico primario   |   | Nombre del asegurado                               |  | Fecha de Nacimiento del asegurado |     |
|   |   |  |  |                                   |     |
| Empleador   |   | Relación del asegurado con el paciente             |  |                                   |     |
|   |   |  |  |                                   |     |
| Nombre de la compañía de seguro médico secundario (si es aplicable)   |   | Nombre del asegurado                               |  | Fecha de Nacimiento del asegurado |     |
|   |   |  |  |                                   |     |
| Empleador   |   | Relación del asegurado con el paciente             |  |                                   |     |
|   |   |  |  |                                   |     |
| <b>AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN</b>  |   |  |  |                                   |     |
| <p><b>Notificación de liberación para obtener pago</b></p> <p>Solito que Medicare y mi seguro médico realice el pago a mi proveedor de atención médica por cualquier servicio que se me haya brindado el personal médico. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mi a divulgar a los centros de Servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes o a mis otras compañías de seguros cualquier información necesaria para determinar estos beneficios. Autorizo el tratamiento de la persona nombrada anteriormente como Paciente y acepto pagar todos honorarios y cargos por dicho tratamiento, acepto la responsabilidad financiera por los servicios y suministros prestados.</p> |   |  |  |                                   |     |

**(AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN)**

**Acuerdo Financiero:**

Entiendo que los copagos vencen al momento del servicio. Asigno el pago de mi compañía de seguro médico directamente a Kittitas Valley Healthcare. Entiendo que soy responsable financieramente ante el Kittitas Valley Healthcare por los cargos no pagados por el seguro médico y que el pago vence dentro de los 30 días posteriores al estado de cuenta. Entiendo que, además del estado de cuenta de mi proveedor de cuidados médicos, puedo también recibir cobros separados por servicios de laboratorio, radiología y otros servicios especializados.

**Recibo de notificación de la información de prácticas médicas:**

Acepto que se me ha proporcionado una copia del Aviso de prácticas de información de salud de Kittitas Valley Healthcare, el cual proporciona información sobre cómo puede ser mi información de salud usada y divulgada

He leído la información anterior y entiendo su contenido.

| Firma del Paciente/Tutor | Fecha |  |
|--------------------------|-------|--|
|                          |       |  |