

Fecha De Hoy _____

Numero de seguro social _____

Nombre del Paciente

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Apodo O Nombre Por el Cual le gustaría ser llamado: _____

Otro Nombre/Nombre de soltera: Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Numero de teléfono de casa: _____ Numero de celular: _____

Numero Alternativo _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Habla Ingles Lenguaje Preferido: _____

Hembra Varón

Estado Civil Soltero o Soltera Casado o Casada Viudo Divorciado o Divorciada

Doctor Regular o Primario: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Numero de teléfono: _____

Es esta una herida del trabajo? Si No

Contacto de Emergencia: _____ Numero de teléfono: _____

Como prefiere ser contactado sobre su consulta de hoy?

Teléfono Correo Otro _____ E-mail(correo electrónico) _____

Si el Paciente es Responsable marque aquí Relación a el Paciente: _____

Garante Nombre

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Garante Numero de seguro social: _____

Dirección (si es diferente al Paciente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Garante Numero de teléfono de casa: _____ Numero de celular: _____

Garante Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____ Numero de Empleador: _____

Aseguransa Primaria

Compañía: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Numero de ID _____ Numero de Grupo o Nombre _____

Numero de Seguro _____ Empleador: _____

Aseguransa Secundario

Compañía _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Numero de ID: _____ Numero de Grupo o Nombre: _____

Numero de Seguro _____ Empleador: _____

Para compartir cualquiera de su información medica con otra persona, debe escribir su nombre y la relación abajo. Sin esta autorización, el Valle Cuidado que Inmediato no soltara cualquiera de su información medica. Puede revocar esta liberación en tiempo.

Nombre de personas (Esposa o Esposo, Pariente, etc.)

Los honorarios para la visita de la oficina son determinados po la complejidad del problema medico, el tiempo pasado con el paciente, y cuando están indicados, el uso del laboratorio, las medicaciones, radiografía o los procedimientos y las fuentes de la especialidad. La responsabilidad del pago para los servicios rindió en ultima instancia restos con el partido reponsable indicado arriba. El cuidado inmediato del valle acepta efectivo, cheques, y la mayoría de las tarjetas de crédito importantes. Todos los equilibrios son debidos a la hora de servicio. Si se necesitan los arreglos del pago estos se deben establecer antes de recibir servicios. El cuidado inmediato del valle mandara la cuenta los portadores de seguro seleccionados para los servicios cubiertos. Usted debe proporcionar toda la información necesaria antes de su tratamiento. Si esta elegido para tener su compañía de seguros mandada la cuenta, le requerirán pagar cualesquiera co-paga o los deductibles a la hora de servicio. El cuidado inmediato del valle hará cada tentativa de verificar su elegibilidad del seguro antes de su visita. Sin embargo, si la cobertura del servicio no puede ser verificada usted será responsable de todas las cargas contraídas a la hora de servicio. Si usted desea de archivar su demanda de seguro, el cuidado inmediato del valle proveerá de usted todas las formas necesarias hacer tan. Esto incluye la forma de demanda de HCFA 1500 y una copia de su información de la visita. Es su responsabilidad hacer pagos en cualquier equilibrio debido. Si usted esta teniendo problemas el pagar de su cuenta, entre en contacto con por favor nuestra oficina de la facturación y tome las medidas con respecto a pagos oportunos. Los precios de servicio sin pagar se pueden referir una agencia de colección para la demanda legal, que puede afectar al contrario a su grado de solvencia y disponibilidad de servicios.

Algunos de las muestras dibujadas o completas pueden ser adelantadas hoy al Laboratorio de RVMC para probar aun mas. Querríamos notificarle de una carga separada de RVMC para este servicio.

Algunas medicinas que pueden ser necesitadas para el tratamiento pueden estar disponibles para la compra local. Sin embargo, yo comprendo que yo siempre sere dado la opción para una prescripción escrito que puedo tomar a una farmacia de mi elección.

Entiendo que el cuidado inmediato del valle utilizara y divulgara la informacion de la salud sobre mi en el curso de proporcionarme asistencia medica. Entiendo que mi informacion de la salud puede incluir la informacion creada y recibida por la clinica, puedo estar bajo la forma de expedientes escritos o electronicos o palabra hablada, y puedo incluir la informacion sobre mi historia de la salud, estado de salud, sintomas, exámenes, relativa a la salud similar. Entiendo que la clinica esta permitida para utilizar y para divulgar mi informacion de la salud para: el Doctor toma decisiones sobre y planea para mi cuidado o tratamiento; Doctor refiere a/or consulta y coordina con otros proveedores de asistencia sanitaria en el curso de mi tratamiento; Aseguransa determina mi elegibilidad para la cobertura del plan o de seguro de la salud, y presenta las cuentas, las demandas, y la otra informacion relacionada a las companias y a otras de seguros que pueden ser responsables pagar un cierto o todos mi cuidado medico; Realice varias oficina, administrativo y funciones de negocio que apoyan la capacidad del dispensario para proporcionarme con cuidado apropiado, inclusive provision de suministros y equipo medicos y arreglar para el pago. Comprendo que la Nota de la Practica de Intimidad describe como puedo ejercitar mi derecho de preguntar que algunos o toda mi informacion de la salud no son utilizados o son revelados. Una copia de Nota del dispensario de la Practica de Intimidad esta disponible a usted.

Firmandole comprendo y acepto todo lo que encima a indicado.

Firma de Paciente/Garante X _____ **Fecha de hoy** _____

North Medford Medical Clinic
1600 Delta Waters Rd, Ste. 107
Medford, OR 97504
Tel: 541-858-2515

South Medford Medical Clinic
235 Barnett Rd, Ste. 106
Medford, OR 97501-7903
Tel: 541-773-4029

Ashland Medical Clinic
1401 Siskiyou Blvd, Ste. 1
Ashland, OR 97520
Tel: 541-488-6848

Grants Pass Medical Clinic
162 NE Beacon Dr, Ste. 103
Grants Pass, OR 97526
Tel: 541-479-1090



CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA OBTENER TRATAMIENTO

Fecha de hoy: _____

Hora de entrada: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por medio de la presente autorizo todo tratamiento que pueda ser considerado necesario o aconsejable por el médico y certifico que no me han asegurado ni garantizado los resultados que puedan obtenerse.

Al firmar entiende y está de acuerdo en todo lo indicado anteriormente y da su consentimiento para el tratamiento.

Firma del paciente o tutor legal: X _____ Fecha: _____

¡Estaremos allí cuando nos necesite!

North Medford Medical Clinic
1600 Delta Waters Rd, Ste. 107
Medford, OR 97504
Tel: 541-858-2515

South Medford Medical Clinic
235 Barnett Rd, Ste. 106
Medford, OR 97501-7903
Tel: 541-773-4029

Ashland Medical Clinic
1401 Siskiyou Blvd, Ste. 1
Ashland, OR 97520
Tel: 541-488-6848

Grants Pass Medical Clinic
162 NE Beacon Dr, Ste. 103
Grants Pass, OR 97526
Tel: 541-479-1090

Brookings Valley Immediate Care
16261 Highway 101, Ste. 1
Brookings, OR 97415
Tel: 541-412-1290