

INFORMACION DEL PACIENTE			ACCOUNT #:			Fecha: _____		
Nombre Legal del Paciente (Apellido, Primer nombre, Segundo Nombre)						Nombre Preferido		
Numero de Seguro Social		Fecha de Nacimiento		Sexo: Masculino Femenino		Tele. Casa:		
El Nino vive con: <input type="checkbox"/> La Mama <input type="checkbox"/> El Papa <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Guardian(es): _____								
Metodo de Notificacion Preferido: <input type="checkbox"/> Correo Postal <input type="checkbox"/> Telefono <input type="checkbox"/> Correo Electronico								
Nombre de la Madre / Guardian:				Nombre del Padre/ Guardian:				
Fecha de Nacimiento:		Sexo:	NSS		Fecha de Nacimiento:		Sexo:	NSS
Direccion Postal (Obligatorio)				Direccion Postal (Obligatorio)				
P.O. Box (Si es Aplicable)		Codigo Postal:			P.O. Box (Si es Aplicable)		Codigo Postal:	
Ciudad	Estado	Codigo Postal:			Ciudad	Estado	Codigo Postal:	
Tele. Casa:		Tele. Celular:			Tele. Casa:		Tele. Celular:	
Tele. Trabajo:		Correo Electronico:			Tele. Trabajo:		Correo Electronico:	
Nombre del Empleador:				Nombre del Empleador:				
Direccion Postal del Empleador:				Direccion Postal del Empleador				
Ciudad	Estado	Codigo Postal:			Ciudad	Estado	Codigo Postal:	
PRIMARIA			INFORMACION DEL SEGURO			SECUNDARIA / SUPPLEMENTAL		
Nombre de la Poliza:				Nombre de la Poliza:				
Direccion de Reclamaciones:				Direccion de Reclamaciones:				
Ciudad	Estado	Codigo Postal:			Ciudad	Estado	Codigo Postal:	
Numero Telefonico:				Numero Telefonico:				
# de la Poliza del Paciente:		# del Grupo:			# de la Poliza del Paciente:		# del Grupo:	
Nombre del Abonado (Si es diferente del Paciente):				Nombre del Abonado (Si es diferente del Paciente):				
Sexo del Abonado :	# de la Poliza del Abonado:			Sexo del Abonado:		# de la Poliza del Abonado:		
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
Nombre del empleador del Abonado:				Nombre del Empleador del Abonado:				
POR FAVOR COMPLETE EL REVERSO DEL FORMULARIO								

Fecha de Vigencia:	Fecha de Expiracion:	Fecha de Vigencia:	Fecha de Expiracion:
Co-pago: \$	Relacion al Nino	Co-pago: \$	Relacion al Nino
Plan de Seguro: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> Self Pay		Plan de seguro: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> Self Pay	
Persona Responsable del Pago de la Factura: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardian u otro _____			
CONTACTO DE EMERGENCIA: (APARTE DE LOS PADRES)			
Nombre Legal (Apellido, Primer nombre, Segundo Nombre)			Relacion:
# Tele. Casa	# Tele. Trabajo	# Tele. Celular:	

AUTORIZACIÓN, ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, DE CONSENTIMIENTO PARA ATENCION MEDICA Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Yo consiento voluntariamente al tratamiento Medico / o Mental de los medicos y el personal de GFHS/GCHD instalaciones. Doy mi consentimiento para cualquier trabajo de laboratorio necesarias, incluyendo las pruebas y las vacunas del VIH. Soy consciente de que la practica de medicinas no es una ciencia exacta. Ninguna garantia se me ha presentado en relacion con los resultados de los tratamientos o exámenes de mis cuidadores. Una fotocopia de esta autorizacion sera tan eficaz y dara la misma validez como el original.

Autorizo la divulgación de información médica, incluyendo , en completo, registros médicos, resultados de pruebas y la información de facturación a mi compañía de seguros, así como a otros profesionales de la medicina y a las instituciones de atención médica que puedo ser canalizado a un tratamiento. Entiendo que esta información será utilizada para revision, investigacion o para hacer el pago de una reclamacion y para revisar los expedientes de las iniciativas de mejorar la calidad, auditoria del cumplimiento, la administracion de utilizacion y la resolucion conforme. Yo autorizo el pago directamente a GFHS y a los afiliados de todos los beneficiarios medicos y quirurgicos bajo los terminos de mi seguro. Yo entiendo que yo soy responsable de todos los co-pagos, co-seguros, deducibles y servicios no cubiertos. He leído este formulario.

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Office Use Only:

General Comment Section

 Witness Signature

 Date / Time