



Gracias por elegir a Atlanta Perinatal Associates. Para poder servirle, necesitaremos la siguiente información. Toda la información es estrictamente confidencial.

FECHA: _____ OFICINA: _____ IDIOMA PRINCIPAL HABLADO: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

REVISE UNO: SEXO: M _____ F _____ (Último) REVISE UNO: CASADO _____ SINGLE _____ (primera) WIDOWED _____ DIVORCED _____ (medio)

RAZA: _____ ETNICIDAD: _____ DIRECTIVAS AVANZADAS: SI _____ NO _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEGURO SOCIAL #: _____

DIRECCIÓN DEL PACIENTE: _____ (Calle) _____ (Ciudad) _____ (Zip)

TELEFONO DE LA CASA: (____) _____ CELL #: (____) _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

EMPLEADO POR: _____ OCUPACIÓN: _____ TRABAJO # (____) _____

DIRECCIÓN DE NEGOCIOS: _____

FIESTA RESPONSABLE: _____ RELACIONES: _____ TELÉFONO: (____) _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ RELACIÓN: _____ N° DE TELÉFONO: (____) _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS: _____

FARMACIA PRIMARIA: _____ TELÉFONO: (____) _____ UBICACIÓN: _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: _____

REFERIDO POR: _____ MOTIVO PARA LA VISITA: _____

REVISE UNO: ENFERMEDAD / LESIÓN RELACIONADA CON: TRABAJO ____ AUTO ____ OTRA ____ FECHA DEL INCIDENTE: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO PRIMARIO: _____ HMO _____ PPO _____ POS _____ (Si aplica, marque)

POLÍTICA / ID # _____ GRUPO # _____

TITULAR DE LA POLÍTICA: _____ RELACIÓN: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA POLÍTICA: _____ SEGURO SOCIAL #: _____

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS SECUNDARIO: _____ HMO _____ PPO _____ POS _____ (Si aplica, marque)

POLÍTICA / ID # _____ GRUPO # _____

TITULAR DE LA POLÍTICA: _____ RELACIÓN: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA POLÍTICA: _____ N° DE SEGURO SOCIAL: _____

Autorización y consentimiento para facturar y pagar beneficios a Atlanta Perinatal Associates

Por la presente, asigno el pago directamente a Atlanta Perinatal Associates, por cualquier procedimiento médico / quirúrgico realizado. Estoy de acuerdo en que esta autorización será válida hasta que sea rescindido por escrito o reemplazado por uno de una fecha posterior. Estoy de acuerdo en ser financieramente responsable ante Atlanta Perinatal Associates por todos los cargos en el caso de que no tenga seguro o mi seguro sea rechazado, y por cualquier saldo o tarifa que no esté cubierta por mi seguro y / o que se determine que es mi responsabilidad. Entiendo y acepto que si Atlanta Perinatal Associates presenta mi reclamo de seguro, seré responsable de la cuenta y se espera que yo pague cualquier cantidad adeudada si mi seguro no paga la reclamación. Esta oficina presentará reclamos de seguros como cortesía para el paciente. Sin embargo, se espera el pago completo cuando se prestan los servicios. Se entiende además que la verificación de los beneficios del seguro no es una garantía de pago por el transportista. Por la presente autorizo a Atlanta Perinatal Associates y / o su personal a divulgar información médica a las compañías de seguros con respecto a enfermedad y tratamiento del paciente.

Consentimiento general al tratamiento

Al firmar a continuación, yo (o mi representante autorizado en mi nombre) autorizo a los médicos, profesionales y su personal de Atlanta Perinatal Associates a realizar cualquier examen de diagnóstico, pruebas y procedimientos, y proporcionar los medicamentos, el tratamiento o la terapia necesarios para evaluar y mantener eficazmente mi salud, y para evaluar, diagnosticar y tratar mi enfermedad o lesiones. Entiendo que es responsabilidad de mis proveedores de atención médica tratar a Explíqueme las razones de cualquier examen, prueba o procedimiento de diagnóstico en particular, las opciones de tratamiento disponibles y los riesgos comunes y anticipados. las cargas y los beneficios asociados con estas opciones, así como los cursos alternativos de tratamiento.

Firma: _____ Fecha: _____ Inicial del personal: _____