

| Información del Paciente | | | |
|--|---|--|--------------------------------|
| Primer Nombre | Apellido | M.I. | Nombre Anterior (si aplicable) |
| Dirección de Correspondencia | | Número de Apto | |
| Ciudad/Estado/Código Postal | | | |
| Teléfono de Casa | Teléfono Celular | Teléfono del Trabajo | |
| Método de Contacto Preferido (Por favor seleccione solo una opción) <input type="checkbox"/> Voz <input type="checkbox"/> Texto | Si es la opción voz, seleccione el número preferido <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo | ¿Si fuera por voz, estaría bien con la información del paciente en el correo de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Sexo (Género Biológico) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Fecha de Nacimiento | Médico Familiar o Pediatra | |
| Estado Civil | Nombre del Empleador | Número de Seguro Social | |
| Nombre del Contacto de Emergencia | Relación con el Paciente | Número de Contacto de Emergencia | |

| Información Adicional <small>Por favor, llene todas las secciones a continuación.</small> | |
|--|--|
| Dirección de Correo Electrónico | ¿Podemos dejar un mensaje con respecto a su cuidado médico y resultados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Raza (por favor seleccione uno o múltiples) <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Japones <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negro o Afro American <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> No declarado/Eligo no revelar <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Otro Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Guamanian or Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano | Etnicidad (por favor seleccione uno) <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueno <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Origen hispano, latino/a o español combinado <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Mexicano Americano <input type="checkbox"/> Rehusarse a especificar <input type="checkbox"/> Otras origen hispano, latino / a o español |
| Idioma Preferida (por favor seleccione uno) <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Hindi o Urdu <input type="checkbox"/> Lenguaje por señas <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Mandarín o Cantonés <input type="checkbox"/> Otro _____ | |
| Nombre y Ubicación de la Farmacia Preferida | |

| Persona Responsable <small>Si el paciente es menor de edad (menor de 18 años), el padre o tutor que traiga al paciente será asignado como garante.</small> | | |
|--|--------------------------|----------------|
| Primer Nombre | Apellido | |
| Fecha de Nacimiento | Número de Seguro Social | Teléfono |
| Dirección de la Persona Responsable | | Número de Apto |
| Ciudad/Estado/Código Postal | Relación con el Paciente | |

| Seguro Médico Primario | Seguro Médico Secundario |
|---|---|
| Nombre de la Aseguranza | Nombre de la Aseguranza |
| Nombre del Titular de la Póliza | Nombre del Titular de la Póliza |
| Titular de la Póliza ID de Miembro | Titular de la Póliza ID de Miembro |
| Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza | Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza |
| Número de Seguro Social del Titular de la Póliza | Número de Seguro Social del Titular de la Póliza |
| Relación del Paciente con el Titular de la Póliza | Relación del Paciente con el Titular de la Póliza |

Certifico que he leído y acepto la política de pago de AccessHealth. Soy elegible para el seguro indicado en este formulario y entiendo que el pago es responsabilidad mía independientemente de cobertura del seguro. Por este medio, asigno a AccessHealth todo el dinero al que tengo derecho por los gastos médicos relacionados con los servicios que realiza AccessHealth durante mis visitas, pero sin exceder mi deuda con AccessHealth. Autorizo a AccessHealth a divulgar cualquier información médica a mi compañía de seguros o pagador externo para facilitar el procesamiento de mis reclamos de seguro. Entiendo que el hecho de no pagar los saldos pendientes dentro de los 90 días de la notificación del monto adeudado resultará en el envío a una agencia de cobro externa. Elijo recibir comunicaciones de AccessHealth por mensaje de texto o correo electrónico al número o la dirección indicados anteriormente, que incluyen, entre otros, comunicaciones sobre citas, tratamiento y pago. Entiendo que tales correos electrónicos y textos pueden no ser seguros y existe el riesgo de que un tercero los pueda leer.

BENEFICIARIOS DE MEDICARE: Solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados de Medicare a AccessHealth. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a divulgar a CMS y sus agencias la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios a pagar por los servicios relacionados.

FIRMA DEL PACIENTE/GARANTE

NOMBRE DEL PACIENTE/GARANTE

FECHA