**Información de inscripción del paciente**

NOMBRE LEGAL DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*INCLUYA LA INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE*

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N. ° DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELÉFONO DEL HOGAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELÉFONO MÓVIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Estado civil (encerrar una opción con un círculo) Casado/Soltero/Viudo/Divorciado/En pareja**

**Raza (encerrar una opción con un círculo): Indígena americana/Asiática/Afroamericana/Hawaiana nativa/Blanca/Otra/Se rehúsa a informarlo**

**Identidad étnica (encerrar una opción con un círculo): Hispana o latina/No hispana o latina/Se rehúsa a informarlo**

**Idioma primario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N. ° DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

NOMBRE DEL CONTACTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TELÉFONO DEL TRABAJO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELÉFONO MÓVIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿TIENE DIRECTIVAS ANTICIPADAS O UN TESTAMENTO EN VIDA? SÍ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

**SEGURO PRIMARIO (SI CORRESPONDE):**

PLAN DE SEGURO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N. ° DE PÓLIZA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. ° DE GRUPO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AFILIADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA DE NACIMIENTO DEL AFILIADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N. ° DE SEGURO SOCIAL DEL AFILIADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EMPLEADOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SEGURO SECUNDARIO (SI CORRESPONDE):**

PLAN DE SEGURO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N. ° DE PÓLIZA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. ° DE GRUPO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AFILIADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA DE NACIMIENTO DEL AFILIADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N. ° DE SEGURO SOCIAL DEL AFILIADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EMPLEADOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE DERIVA:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL MÉDICO DE CABECERA**

NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE**

Por la presente autorizo la divulgación de información médica a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a Premier Spine Care a dejar información en el correo de voz de: (encerrar una opción con un círculo) TELÉFONO DEL HOGAR TELÉFONO DEL TRABAJO TELÉFONO MÓVIL

Por la presente autorizo la divulgación de mis registros médicos, si es necesario, a cualquier médico, centro u otro proveedor de servicios cuya participación en mi tratamiento haya sido solicitada por Premier Spine Care. Esta autorización es válida para todos los servicios hasta su revocación por mi parte o por parte de mi representante.

**FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **SOLO PAGOS PARTICULARES/DEL SEGURO:**

Por la presente autorizo que los beneficios del seguro sean otorgados directamente a Premier Spine Care, comprendo que soy el responsable financiero de todos los cargos independientemente de si están cubiertos o no por el seguro.En caso de un incumplimiento de pago, acepto pagar todos los costos de cobranza y los honorarios razonables del abogado. Además, autorizo a este proveedor de atención médica a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de beneficios; y acepto que una fotocopia de este acuerdo será tan válida como la original. Por la presente autorizo el pago de mis beneficios de Medigap a Premier Spine Care por todas las demandas presentadas en mi nombre.

**FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**