



Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_ Teléfono casa \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Fax # \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado civil: C S V D

Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Dirección de empleo \_\_\_\_\_ Teléfono de empleo \_\_\_\_\_

Como fue referido a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Propósito de esta cita \_\_\_\_\_

Fecha en que aparecieron los síntomas o sucedió el accidente? \_\_\_\_\_

Días perdidos en el trabajo \_\_\_\_\_

Que medicamentos o drogas esta usted tomando? \_\_\_\_\_

Favor de checar cualquier y todos los seguros que sean aplicables en su caso.

Major Medical  Worker's Compensation  Medicaid  Auto Accidente  Otro

Nombre de su compañía aseguradora primaria \_\_\_\_\_

Nombre de su compañía aseguradora secundaria (si la hay) \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION Y EXONERACION:** Autorizo el pago directo de beneficios de seguro al Dr. Bond o su oficina. También autorizo al doctor para publicar toda la información necesaria para la comunicación con mis doctores personales y cualquier otro representante de cuidados médicos y pagadores, al igual que asegurar el pago de beneficios. Entiendo que soy responsable por todos los costos sin tomar en cuenta la existencia del seguro medico. También entiendo que si suspendo o termino mi tratamiento determinado por el doctor, cualquier costo de servicios profesionales tendrá que ser cubierto de inmediato.

Entiendo que cargos extras serán adheridos a cualquier cuenta que este vencida o retrasada con un interés anual del 16 por ciento.

El paciente entiende y esta de acuerdo en permitir a la oficina del doctor el uso de su información de salud con el propósito de pago del tratamiento, operaciones de cuidados médicos y coordinación de dichos cuidados. Nosotros queremos que usted sepa de qué forma es usada su información en esta oficina y que conozca sus derechos sobre la misma. Si se interesa de tener informes mas detallados con respecto a nuestras pólizas y procedimientos concernientes a la privacidad de la información de salud de nuestros pacientes; lo invitamos a leer el HIPAA NOTICE disponible a usted en nuestra recepción antes de firmar. Si existe alguien a quien usted no quiere que se le den sus records, favor de informarnos.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_