

APPT. DATE:	APPT. TIME:	AM PM	DATE SCHEDULED:
PROCEDURE:	MODALITY:	INITIALS:	
SIGNS & SYMPTOMS:	PREVIOUS TREATMENT/SURGERY (type & date):		
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, PRIMER, SEGUNDO):		TELEFONO	
OTRO NOMBRE UTILIZADO- ALIAS / APELLIDO DE SOLTERA/O		BUSCA PERSONAS/ TELEFONO CELLULAR ( )	
DIRRECCION		RESTRICCIONES AL DEJAR MESSAGE/VOICEMAIL: SI : NO	
CIUDAD		NUMERO DE SEGURO SOCIAL#	
ESTADO	CODIGO POSTAL	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD SEXO M F
CONTACTO DE EMERGENCIA	TELEFONO	FECHA DE LESIÓN/DEL INICIO DE SÍNTOMAS.	
EMPLEADOR		TELEFONO ( )	
DIRRECCION		TELEFONO ( )	
CIUDAD	ESTADO CODIGO	NOMBRE DEL SUPERVISOR	
PETICIÓN DEL MÉDICO: (nombre pasado, nombre, credenciales)		TELEFONO ( )	
DIRRECCION		NÚMERO DE FAX ( )	
CIUDAD	ESTADO CODIGO	"CC" FILMS/REPORT A	

**ASIGNACIÓN DE LAS VENTAJAS DE SEGURO:** Autorizo por este medio el pago directamente al centro enumerado arriba. En acontecimiento los pagos se hacen directamente yo, yo acuerdan remitir tales pagos al centro. Si mi compañía o abogado de seguros rechaza honrar la cuenta, acuerdo ser responsable del equilibrio. Acuerdo más lejos ser responsable de la deuda dicha y de cualquier honorario de colección o de honorarios del abogado implicados en la colección de esta deuda.

**Firma Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**LANZAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:** Esta autorización o copia de la foto de esto, autorizará el lanzamiento del records/reports médico solicitado y o de cualquier otro los expedientes cuando es necesaria a las agencias de estatal, portadores de seguro, y las agencias de la revisión responsables de la pre-certificacio'n y del pago para los servicios rindieron. Autorizo más lejos el lanzamiento de tales expedientes médicos asociados para el funcionamiento de los servicios solicitados por mí o en mi favor.

**Firma Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**RESTRICCIÓN DEL LANZAMIENTO DE INFORMATON:** Estoy interesado en la fabricación de una restricción formal en el uso y el acceso de mi información protegida del heaalth (PHI) y he solicitado las formas de estándar para terminar. (forma de la restricción del uso HIPPA)

**Firma Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_