



¡Bienvenido a Surgical Center of the Rockies!

Ponga en letra imprenta toda la información requerida. El formulario debe completarse para poder facturar al seguro.

Nombre: _____
Apellido Primer nombre Inicial del Segundo nombre

Sex: M F Fecha de Nac.: ____/____/____ Edad: _____ Estado civil S C D V Sep.

SSN: _____ Lic. de conducir #: _____ Estado: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Cod. Postal: _____

Tel. de casa: _____ ¿Es su primera vez en el centro médico? Sí No

Empleador: _____ Teléfono: _____

Información del Seguro

Información del titular principal (Si el titular es también el paciente, marque el casillero que lo indica y pase a la siguiente sección.)

El titular principal es también el paciente, el mismo indicado anteriormente.

Nombre: _____
Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

Fecha de Nac.: ____/____/____ SSN: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Cod. Postal: _____

Tel. de casa: _____ Empleador: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Cod. Postal: _____

Teléfono: _____

- ¿La lesión o enfermedad del paciente se debe a un accidente laboral? Sí No
- ¿La lesión o enfermedad del paciente se debe a un accidente automovilístico? Sí No
- ¿Su conductor lo esperará en la clínica? Sí ¿O lo recogerá después de la cirugía? Sí
- nombre y número de teléfono de la persona que lo llevará a casa:
Nombre: _____ Teléfono: _____
- Contacto de emergencia:
Nombre: _____ Teléfono: _____
Relación con el paciente: _____
- ¿Su cirujano le ha entregado un formulario de consentimiento para la cirugía? Sí No

Por este medio hago constar que la información anterior es correcta:

X _____

Paciente o representante

Fecha

Sírvase completar y regresarnos este formulario el día de su cirugía.

Deberá traer su identificación y tarjetas del seguro correspondientes el día de su cirugía.

Si tuviera alguna pregunta sobre el formulario, sírvase hacérsela a nuestros empleados en la sección de admisiones.



Autorización para hablar con terceros

El paciente, padre, tutor o representante personal debe completar la presente sección.

Surgical Center of the Rockies podrá hablar sobre mi situación médica con las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____
Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____
Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____
Número de teléfono: _____

Surgical Center of the Rockies tiene mi permiso para llamar y dejar mensajes respecto a mi situación médica a los siguientes números:

Casa: Sí # _____ No

Trabajo: Sí # _____ No

Celular: Sí # _____ No

Otro: _____ Sí # _____ No

Mi firma a continuación corrobora que he tenido la oportunidad de leer y evaluar el contenido de la presente autorización. Se entiende que, con mi firma, ratifico que concedo mi autorización para que Surgical Center of the Rockies utilice mi información médica o la divulgue a las personas o números telefónicos indicados en el presente formulario.

Comprendo que puedo rescindir la presente autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a Surgical Center of the Rockies. Más aún, entiendo que tal rescisión no afectará ninguna acción que se haya tomado respecto a la divulgación de mi información médica, previa al envío de la notificación de rescisión por escrito.

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Rescisión de la autorización para hablar con terceros

Por este medio, cancelo la autorización para divulgar mi información médica a los números telefónicos y personas indicados anteriormente.

Firma

Fecha