

**Arizona Community Physicians
Registro de la Intromisión de Paciente**

NOMBRE	INICIAL	APELLIDO	DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
--------	---------	----------	-----------	--------	--------	---------------

TELEFONO DE LA CASA	TELEFONO CELULAR	TELEFONO DE EMERGENCIA	NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA
/	/		

FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	CORREO ELECTRONICO	RAZA (optional)
---------------------	------	--------------	--------------------	-----------------

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	¿ESTUDIANTE? TC O MT	NOMBRE ANTERIOR
-----------------------------	----------------------	-----------------

NOMBRE DEL EMPLEADOR	DIRECCIÓN DEL EMPLEADO	TELÉFONO DEL EMPLEADOR
----------------------	------------------------	------------------------

**Información del Responsable
(si es diferente)**

NOMBRE	INICIAL	APELLIDO	DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
--------	---------	----------	-----------	--------	--------	---------------

Información de la Primera Seguridad

NOMBRE DEL DUENO DE POLIZA	FECHA EFECTIVA	DIRECCIÓN DE FACTURACION MÉDICOS
----------------------------	----------------	----------------------------------

PROPIA ESPOSO(A) HIJO(A) OTRO

# DE SEGURO	# DE GRUPO	RELACION DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO
-------------	------------	--

NOMBRE DE LA COMPANIA DE SEGURO MEDICO (TITULAR DE LA PÓLIZA)	DIRECCIÓN DEL SUSCRIPTOR (si es diferente del paciente)	TELÉFONO DEL SUSCRIPTOR
---	---	-------------------------

FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR	SEXO SUSCRIPTOR	CANTIDAD DE CO-PAGO
------------------------------------	-----------------	---------------------

EMPLEADOR SUSCRIPTOR	DIRECCIÓN DEL EMPLEADO	TELEFONO DE LA COMPANIA
----------------------	------------------------	-------------------------

Información de la Segunda Seguridad

NOMBRE DEL DUENO DE POLIZA	FECHA EFECTIVA	DIRECCIÓN DE RECLAMOS MÉDICOS
----------------------------	----------------	-------------------------------

PROPIA ESPOSO(A) HIJO(A) OTRO

# DE SEGURO	# DE GRUPO	RELACION DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO
-------------	------------	--

NOMBRE DE LA COMPANIA DE SEGURO MEDICO (TITULAR DE LA PÓLIZA)	DIRECCIÓN DEL SUSCRIPTOR (si es diferente del paciente)	TELÉFONO DEL SUSCRIPTOR
---	---	-------------------------

FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR	SEXO SUSCRIPTOR	CANTIDAD DE CO-PAGO
------------------------------------	-----------------	---------------------

EMPLEADOR SUSCRIPTOR	DIRECCIÓN DEL EMPLEADO	TELEFONO DE LA COMPANIA
----------------------	------------------------	-------------------------

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento al uso y divulgación por parte de Arizona Community Physicians de mi Información de atención médica protegida, incluida información relacionada con atención psiquiátrica, abuso de drogas y alcohol y VIH / SIDA con el propósito de llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Se me ha proporcionado u ofrecido una copia de la Declaración de privacidad de médicos comunitarios de Arizona. Asigno todos los beneficios médicos y / o quirúrgicos, incluidos los principales beneficios médicos, a los médicos comunitarios de Arizona por los servicios prestados. Al firmar este formulario, confirmo que la información demográfica y de seguro que se encuentra arriba es actual y correcta. Si la información no es correcta, entiendo que seré responsable de todos los cargos incurridos en la visita de hoy.

El período de vigencia de esta autorización es desde la fecha de hoy hasta la fecha futura, cuando ya no soy un paciente de Arizona Community Physicians, P.C. grupo o estoy muerto.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO	RELACIÓN SI NO ES EL PACIENTE	FECHA
-------------------------	-------------------------------	-------