

INGESTA DE PACIENTES

(Por favor imprima y escriba legiblemente)

875 Oak St. SE
Bldg. C, Suite 5060
Salem, Oregon 97301
Phone: 503-399-1386
Fax: 503-399-1182



CAPITAL NEUROSURGERY SPECIALISTS

Nombre: _____ Seguro social#: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Sexo: Hombre Mujer Identidad de genero: Hombre Mujer Raza: _____ Etnia: _____

Dirección de envío: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de facturación: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Teléfono móvil: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Legalmente separado/a Divorciado/a Compañero/a de vida viudo/a Veterano/a Si No Idioma preferido: _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono de oficina: _____

Médico referente: _____ Teléfono de oficina: _____

Empleador: _____ Teléfono de oficina: _____

¿Le interesaría utilizar nuestro portal de pacientes en línea? Sí No Correo electrónico: _____

AUTORIZACIÓN DE CORREO DE VOZ

El propósito de esta autorización es brindarles a nuestros pacientes la oportunidad de permitir la divulgación verbal de información de salud protegida (PHI). Al marcar Sí, autoriza a Capital Neurosurgery Specialists, sus médicos, asistentes medicos, personal administrative y otro personal a dejar mensajes detallados sobre consejos médicos, resultados de pruebas, facturación y detalles de citas en los números que se indican a continuación.

Autorización Sí No Número de teléfono autorizado: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIVADO

Seguro Personal de Salud Accidente de trabajo Accidente Automovilístico Otro

SEGURO PRIMARIO

SEGURO SECUNDARIO

Compañía de seguro: _____

Compañía de seguro: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Nombre del suscriptor: _____

Nombre del suscriptor: _____

Número de identificación o reclamo: _____

Número de identificación o reclamo: _____

Relación con el paciente: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Empleador/Fecha de la lesión: _____

Empleador/Fecha de la lesión: _____

Por la presente autorizo a Capital Neurosurgery Specialists a divulgar a la(s) compañía(s) de seguros cualquier información adquirida en el curso de mi examen o tratamiento. Acepto ser completamente responsable de todos los gastos incurridos en mi cuenta en el curso de mi tratamiento y, por la presente, asignó a Capital Neurosurgery Specialists todos y cada uno de los beneficios de seguro y liquidación que se me adeudan en la medida total de mi obligación financiera con Capital Neurosurgery Specialists. Además, entiendo que la cobertura de mi seguro es una relación entre mi compañía de seguros y yo, y acepto la responsabilidad financiera por el pago de los cargos incurridos (si el paciente es menor de edad, firma el padre o tutor). Para obtener más detalles, consulte la Política financiera de nuestra empresa. Al firmar a continuación, acuso recibo de una copia de la notificación. Por lo presente doy mi consentimiento para el tratamiento médico según el plan de tratamiento establecido por mi médico.

Imprimir nombre: _____

Firma del paciente o representante autorizado: _____

Fecha: _____