



BIENVENIDOS

A NUESTRO CONSULTORIO VALLEY HEALTH CLINIC, INC

Información de Paciente

Fecha de Hoy: ___ / ___ / ___ . Num de Seguro Social: ___ - ___ - ___ . Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ .

Nombre: _____ Teléfono de Casa: _____

Dirrección: _____ Teléfono de Celular: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____ **Correo Electronico:** _____

Sexo: M F Edad: _____ Estado Civil: Casado Soltero Nom de su Pareja: _____

A quien puedes agradecer a que nos haya recomendado: _____

A quein contactamos en caso de emergencia: _____ Num de telefono:(()) - _____

Pharmacy: _____

La Persona Responsable de la Cuenta

No tiene seguro medico: si no _____ Nom del Seguro Medico: _____

El Paciente es el asegurado: si no _____ Nom de la persona asegurad: _____

Fecha de Naciemnto: ___ / ___ / ___ Nombre de trabajo: _____ Nom de Seguro Social: ___ - ___ - ___

Autorización de Beneficios

Yo solicito que los pagos sean hechos en mi beneficio, a Valley Health Clinic, Inc., para cualquier servicio médico y también autorizo la liberación de información médica a estos servicios cuando sea necesario por mi portador de seguro, incluso yo asegurador que indicó arriba, para determinar elegibilidad de la Transportabilidad de beneficios de acuerdo con Seguro de enfermedad y Acto de Responsabilidad de 1996 (HIPAA)

Firma _____ Fecha _____

Autorización de Personal del Paciente

YO AUTORIZO a las personas eligidas que reciban información medica Dejar mensjes de core de voz

Nombre: _____ Relación: _____ Nombre: _____ Relación: _____

POLISA de COLECCIÓN

En el caso de que mi cuenta no este en corriente, yo concuerdo en pagar los costos de colección y honorarlos razonables de abogado contraidos en procurar por reunir esta cantidad. Comprendo que un cargo adicional de servicios de \$15.00 puede ser contraido cuando mu co pago no son hechos en aquel momento de servicio. Un cargo de \$10.00 sera agregada para cubrir el costo de facturar de cuentas que exceden 60 dias de la fecha de su declaración. Las que exceden 90 dias de las fecha de declaración son susceptibles a un interes de 1 % mas.

Las cancelacións son solicitadas 24 horas antes de la cita. Habra cargo de \$25.00 por citas perdida o cancelaciónes tardes. Hay un cargo de \$40.00 para cheques que no tengan fondo.

Yo comprendo que si no mantengo mi cuenta corriente puede tener resultados que Vally Health Clinic, Inc. no proporcionara servicios adicionales, a los menos que sera una emergencia grave. Debido que esto llega a ser necesario. Valley Health Clinic, Inc me notificará en escrto.

Firma _____ Fecha _____