

# MEDICAL INTERVENTIONS D/B/A URBAN HEALTH

265 West State Road 50, Clermont, FL 34711

Jaime C. Gonzalez, M.D.

Salia McMillan, ARNP

Mohammad H. Khan, ARNP

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>APELLIDO</b>		<b>NOMBRE</b>		<b>INICIAL</b>	<b>GENDER</b> <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>
<b>DIRECCIÓN</b>			<b>NÚM. DE APT.</b>	<b>CIUDAD</b>		<b>ESTADO</b>	<b>AREA POSTAL</b>
<b>ESTADO MARITAL</b> <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO		<b>EMPLEO</b> <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> RETIRADO		<b>NÚM. DE SEGURO SOCIAL</b>		<b>NÚM. DE LICENCIA</b>	
<b>NÚM. DE TELÉFONO DE LA CASA</b>		<b>NÚM. DE CELULAR</b>			<b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO</b>		
<b>MÉTODO DE COMUNICACIÓN PREFERIDO:</b> <input type="checkbox"/> CORREO <input type="checkbox"/> TEL. CASA <input type="checkbox"/> TEL. TRABAJO <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TEXTO <input type="checkbox"/> EMAIL							
<b>FUE REFERIDO A NOSOTROS POR:</b>							
<b>LUGAR DE EMPLEO</b>		<b>TEL. DE EMPLEO</b>		<b>EXT</b>	<b>OCUPACIÓN</b>		
<b>CONTACTO DE EMERGENCIA</b>		<b>RELACIÓN CON EL PACIENTE</b>			<b>NÚM. DE TELÉFONO</b>		
<b>RAZA</b> <input type="checkbox"/> DECLINO A PROVEER INFORMACIÓN <input type="checkbox"/> AFRICA-AMERICANO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> HAWAIANO/ ISLAS PACÍFICAS <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA		<b>ETHNICIDAD</b> <input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NO HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> DECLINO A PROVEER INFORMACIÓN			<b>LENGUAJE PREFERIDO</b> <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRO _____		
<b>SEGURO PRIMARIO</b>				<b>SEGURO SECUNDARIO</b>			
<b>NÚM. DE ID DEL MIEMBRO</b>		<b>NÚM. DE GRUPO</b>		<b>NÚM. DE ID DEL MIEMBRO</b>		<b>NÚM. DE GRUPO</b>	
<b>TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO</b>				<b>TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO</b>			
<b>NOMBRE DEL PORTADOR PRINCIPAL DE LA PÓLIZA</b>				<b>NOMBRE DEL PORTADOR PRINCIPAL DE LA PÓLIZA</b>			
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>		<b>NÚM. DE SEGURO SOCIAL</b>		<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>		<b>NÚM. DE SEGURO SOCIAL</b>	
<b>ES ESTE SEGURO A TRAVÉS DE SU PATRONO?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<b>ES ESTE SEGURO A TRAVÉS DE SU PATRONO?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>LUGAR DE EMPLEO</b>		<b>TEL. DEL TRABAJO</b>		<b>LUGAR DE EMPLEO</b>		<b>TEL. DEL TRABAJO</b>	
<b>SU RELACIÓN AL PORTADOR PRINCIPAL DE LA PÓLIZA</b> <input type="checkbox"/> ASEGURADO(A) <input type="checkbox"/> ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> HIJO(A) <input type="checkbox"/> OTRO				<b>SU RELACIÓN AL PORTADOR PRINCIPAL DE LA PÓLIZA</b> <input type="checkbox"/> ASEGURADO(A) <input type="checkbox"/> ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> HIJO(A) <input type="checkbox"/> OTRO			

### DESIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA:

Por este medio asigno a Medical Interventions los beneficios de mi(s) plan(es) disponibles para servicios de cuidado médico rendidos a mí (o a la persona que represento). Autorizo la divulgación de información médica necesaria para procesar reclamos a mi seguro o sus agencias (incluyendo Medicare), para propósitos de pagos a reclamaciones médicas. Si no deseo asignar estos beneficios a Medical Interventions, estoy de acuerdo en hacerme responsable de la cuenta y de remitirles cualquier pago que el seguro me envíe por servicios médicos tan pronto sean recibidos. Reconozco que tengo la responsabilidad financier por todos los servicios rendidos al paciente arriba mencionado independientemente de cualquier cobertura de seguro. Al firmar esta forma, estoy de acuerdo en asignar mis beneficios de seguro medico a Medical Interventions y de que soy responsable por todos mis co-pagos, deducibles y servicios no cubiertos por mi plan.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (o Persona Responsable)

\_\_\_\_\_  
Fecha