

## 2016 Soundview Medical Associates, LLC

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>Número De Cuenta:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Nombre:</b>	<b>Seguro Social #:</b>
<b>Dirección:</b>	<b>Sexo:</b>
<b>Ciudad:</b>	<b>Etnicidad:</b> <b>Raza:</b>
<b>Estado:</b> <b>Código postal:</b>	<b>Email:</b>
<b>Teléfono de Casa (primaria)#:</b>	<b>Contacto de Emergencia:</b>
<b>Teléfono del Trabajo (Tercero)#:</b>	<b>Teléfono de Emergencia #:</b>
<b>Celular (Secundaria)#:</b>	<b>Contacto de Emergencia Relación:</b>

### INFORMACIÓN GARANTE

<b>Nombre:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Dirección Uno:</b>	<b>Seguridad Social #:</b>
<b>Dirección Dos:</b>	
<b>Ciudad:</b>	<b>Empleador:</b>
<b>Estado:</b> <b>Código postal:</b>	<b>Dirección de Empleador:</b>
<b>Teléfono de Casa #:</b>	<b>Ciudad Empleador:</b>
<b>Trabajo de Teléfono#:</b>	<b>Estado Empleador:</b>
<b>Celular#:</b>	<b>Código postal:</b>

### INFORMACIÓN DEL SEGURO

<b>Seguro Primario:</b>	<b>Seguro Secundario:</b>
<b>Certificado#:</b>	<b>Certificado#:</b>
<b>Número de Grupo:</b>	<b>Número de Grupo:</b>
<b>Nombre del Grupo:</b>	<b>Nombre del Grupo:</b>
<b>Copago:</b>	<b>Copago:</b>
<b>Nombre del Suscriptor:</b>	<b>Nombre del Suscriptor:</b>
<b>Fecha de Nacimiento del Suscriptor:</b>	

<b>Nombre de relativo no vive con usted:</b>
<b>Teléfono de relativo superior:</b>
<b>Método de contacto preferido:</b>

#### **POR FAVOR AYÚDENOS A MEJORAR**

- ¿Está deprimido o ansioso? Sí\_\_\_No \_\_\_
- ¿Tiene usted dificultades para obtener transporte? Sí\_\_\_No \_\_\_
- ¿Está usted interesado en la creación de un plan de atención con su médico? Sí\_\_\_No\_
- ¿Eres consciente de que tenemos una página portal? Sí\_\_\_No\_\_
- ¿Se siente seguro en su casa? Si\_\_\_No\_\_\_Sí no, por qué \_\_\_\_\_
- ¿Tiene alguna preocupación sobre la seguridad de su vida? Sí\_ No\_ Sí, por qué \_\_\_\_\_
- ¿Está usted interesado en el asesoramiento para dejar de fumar? Sí\_\_\_No \_\_\_
- ¿Está usted interesado en el asesoramiento de la obesidad? Sí\_\_\_No\_\_\_
- ¿Es usted consciente de SMA es un nivel de NCQA PCMH 3? Sí\_\_\_No\_\_
- ¿Ha firmado nuestro Acuerdo de Asociación PCMH? Sí\_\_\_No\_\_
- ¿Tiene testamento vital o voluntades anticipadas? Sí\_\_\_No\_\_\_
- ¿Ha designado un POA duradero o Agentes de Cuidado de la Salud? Sí\_\_\_No\_\_\_
- ¿Si es así, podemos tener copias de esos documentos?

**PARA PROTEGERLO CONTRA EL FRAUDE DE SEGUROS LE SOLICITAMOS UNA COPIA DE SU TARJETA (S) DE SEGUROS Y FOTO ID**

- El uso de teléfonos celulares no está permitido.
- Soundview Medical Associates se complace en presentar reclamaciones a su compañía de seguros. Su copago se abona en el momento del servicio, ya que es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Se le puede pedir que re programe su cita si no puede hacer su pago.
- Pacientes autónomos deben pagar en el momento del servicio. Aceptamos Visa, MasterCard, cheques y dinero en efectivo.
- Soundview Medical Associates no factura por reclamaciones de terceros. Todos los vehículos de motor y demandas judiciales deben ser pagados al momento del servicio.
- Si su compañía de seguros requiere una referencia para ver a un especialista, tendrá que llamar 72 horas antes de su cita para que la remisión sea procesada.
- **Si necesita cancelar su cita por cualquier razón, debe darnos un aviso de 24 horas. Si usted no da 24 horas de antelación, se le puede cobrar una cuota de cancelación de \$ 50.00.**

Autorizo la divulgación de la información necesaria para determinar la responsabilidad por el pago y obtener el reembolso de cualquier reclamación. El asignado permanecerá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de esta asignación se considera tan válida como el original. Por la presente autorizo dicho cesionario para liberar los beneficios pagaderos a la que tengo derecho, incluyendo Medicare, HMO, seguro privado, y otros planes de salud a Soundview Medical Associates.

Estoy de acuerdo en que la información de seguro proporcionada por mí es verdadera y correcta. Si esta información no es válida, me comprometo a ser completamente responsable por el pago. Si mi compañía de seguros requiere una referencia para mi visita y no obtiene uno, voy a ser responsable del pago. También estoy de acuerdo que si mi médico no participa con mi seguro, voy a ser el único responsable por el pago.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha