

Nevada Health Centers, Inc

Apellido	Nombre	Numero de seguro social	Fecha de Nacimiento / /	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Dirección		Apartamento #	Ciudad	Estado	Zona Postal
Caja postal o Dirección para correo		Apartamento #	Ciudad	Estado	Zona Postal
¿Estudiante?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado		Veterano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Teléfono residencial ()	Teléfono de trabajo ()	Otro Teléfono	Idioma Principal: _____ Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano		
Dirección de Correo Electrónico _____					
¿A que grupo étnico cree usted que pertenece?: <input type="checkbox"/> Indio-Americano <input type="checkbox"/> Africano-Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> No quiero reportar					
Contacto de Emergencia (se requiere esta información)				Teléfono	
¿COMO SUPO DE NOSOTROS? <input type="checkbox"/> AMIGO <input type="checkbox"/> BOLANTE <input type="checkbox"/> HOSPITAL _____ <input type="checkbox"/> OTRO _____					
Persona responsable (padres o guardián legal, si el paciente es mayor de 18 años la siguiente información pertenece al paciente)					
Apellido		Nombre		Fecha de Nacimiento	
Dirección		Apartamento #	Ciudad	Estado	Zona Postal
Caja postal o Dirección para correo		Apartamento #	Ciudad	Estado	Zona Postal
Teléfono de residencia	Ingreso Anual: (Necesitamos la información para estadísticas) <input type="checkbox"/> \$24,000 or less <input type="checkbox"/> \$25,000 to \$49,999 <input type="checkbox"/> \$50,000 to \$74,999 <input type="checkbox"/> \$75,000 to \$99,999 <input type="checkbox"/> \$100,000 or more <input type="checkbox"/> No quiero reportar			¿Cuántas personas viven en su hogar?	
Nombre o compañía para quien trabaja		Dirección del patrón o compañía		Teléfono ()	
No. De Seguro Social		Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado	
Seguro Medico					
1.- Seguro Primario		ID #	Grupo #	Dirección	
Nombre del asegurado	Fecha de Nacimiento	#SS	Compañía en que trabaja	Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> esposo/a <input type="checkbox"/> niño <input type="checkbox"/> Otro	
2.- Seguro Secundario		ID #	Grupo #	Dirección	
Nombre del asegurado	Fecha de Nacimiento	#SS	Compañía en que trabaja	Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> esposo/a <input type="checkbox"/> niño <input type="checkbox"/> Otro	
<p>Por este medio me someto voluntariamente a ser tratado como paciente en Nevada Health Centers, Inc. Tratamiento podrá incluir procedimientos de rutina, de cirugía o de diagnostico. Yo autorizo que el personal medico y sus asistentes me sometan a los exámenes y procedimientos de salud necesarios. Yo entiendo que un Doctor Asociado y Enfermeras avanzadas en medicina son médicos licenciados y que pueden prestar servicios médicos bajo la supervisión de un Doctor. Yo autorizo si es necesario que mi expediente medico que mande a otro doctor si es necesario para mi tratamiento medico, análisis de laboratorio, servicios sicológicos, y consultas a persona o compañía que sea responsable por pago de servicios médicos a Nevada Health Centers, Inc.</p>					
FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN LEGAL				Fecha	

Nevada Health Centers, Inc

Acuerdo Financiero

Yo autorizo el pago directo de cualquier servicio proveído por Nevada Health Centers, Inc. será hecho directamente a Nevada Health Centers, Inc. por mi compañía de seguro.

Yo entiendo que aunque Nevada Health Centers, Inc. puede mandar a cobrar a mi compañía de seguro , yo soy en última instancia responsable por el balance de mi cuenta.

Pacientes de Medicare: Yo entiendo que Nevada Health Centers, Inc. acepta pago de Medicare, sin embargo yo soy responsable de un 20% de el pago total. Nevada Health Centers, Inc. puede mandar a cobrar a mi seguro suplementario, si yo les proveo con la información correcta para poder mandar al seguro suplementario. Yo entiendo que Medicare solamente paga por servicios médicos que considera que son médicamente necesarios y que si en algún caso yo requiero o pido servicios que no son cubiertos por Medicare yo seré responsable el pago completo.

Pacientes de Medicaid: Leyes federales y estatales requieren la utilización de cualquier otro recurso de pago antes de mandar a cobrar a Medicaid por servicios médicos. Otras formas de pago pueden ser seguro privado o seguro de salud o de accidentes de trabajo ofrecidos por su empleo. Yo certifico bajo pena de fraude que yo no tengo ningún otro seguro privado medico para mi o mis dependientes. Yo entiendo que Medicaid solo paga por problemas médicos o enfermedades.

Pacientes con seguro privado: Yo entiendo que yo soy responsable de saber los servicios médicos que mi póliza de seguro cubre. Yo entiendo que Nevada Health Centers, Inc. verificara los beneficios, pero no garantiza que ningún servicio será cubierto. Yo entiendo que si mi seguro no cubre los servicios, yo seré últimamente responsable por el balance de mi cuenta. Yo entiendo que tengo que pagar mi porción de la consulta médica el día que los servicios médicos son proveídos.

Pacientes sin seguro: Yo entiendo que la regla de Nevada Health Centers, Inc. es coleccionar el pago el día que los servicios médicos son proveídos. Yo entiendo que si yo pago todo el día de la cita eso me dará el beneficio de obtener un descuento de 15% de mi balance total. Para recibir este descuento su cuenta no puede tener un balance.

Cheques sin fondo: Si el cheque es regresado a Nevada Health Centers, Inc. sin fondos, nuestra oficina le cobrara \$20.00 adicional.

Agencia de colección: Cualquier balance por el cual el paciente es responsable será transferido a una agencia de colección.

Firma del paciente/Padres (para menor de edad)

Fecha

Testigo