

HILLENDALE MEDICAL CARE
13168 CENTER POINTE WAY SUITE 101
WOODBIDGE VA 22193
703-730-2000

INFORMACION DE SEGURO Y PACIENTE

ESPAÑOL

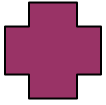
NOMBRE: SEXO: FECHA de NACIMIENTO: NUMERO DE SEGURO SOCIAL :	No. TELEFONICO DE CASA: () No. TELEFONICO DE TRABAJO: () No. TELEFONICO DE CELULAR: ()
NOMBRE del PADRE del MENOR: NUMERO DE SEGURO SOCIAL: FECHA de NACIMIENTO:	NOMBRE de la MADRE del MENOR: NUMERO DE SEGURO SOCIAL: FECHA de NACIMIENTO:
DIRECCION: (número y calle)	DIRECCION: (ciudad, estado, código postal)
OCUPACION: NOMBRE del EMPLEADOR:	DIRECCION del TRABAJO: NUMERO del TRABAJO: ()
DOCTOR ANTERIOR: NUMERO de TELEFONO:()	DIRECCION del DOCTOR ANTERIOR:
ESTADO CIVIL: (marque una) SOLTERO(A) DIVORCIADO(A) SEPARADO(A) CASADO(A) VIUDO(A)	COMO SUPO DE NUESTRA OFICINAS: PERIODICO - AMIGO - RADIO - TV - PAGINA AMARILLAS SEGURO - OTRO _____
NOMBRE DE CONTACTO EN UNA EMERGENCIA: TELEFONO: () RELACION:	DIRECCION DEL CONTACTO DE EMERGENCIA:
NOMBRE de PERSONA EN POLIZA: SEXO: FECHA DE NACIMIENTO: NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	TIPO DE POLIZA: (marque una) HMO PPO OTRO
NOMBRE DE SEGURO PRIMARIO NUMERO de ID #: NUMERO de GROUPO#:	NOMBRE DE SEGURO SECUNDARIO: NUMERO de ID#: NUMERO de GROUPO#:

**YO ENTIENDO Y ESTOY CONCIENTE QUE YO SOY ULTIMADAMENTE RESPONSANBLE POR LOS PAGOS.
YO CERTIFICO QUE LA INFOMARCION ES CIERTA Y CORRECTA A MIS SENTIDOS.**

FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE DE FINANCIAMIENTO

FECHA

APPROVADO POR



HILLENDALE MEDICAL CARE
13168 CENTER POINTE WAY SUITE 101
WOODBIDGE VA 22193
703-730-2000

INFORMACION AL PACIENTE

Bienvenido a Centro Medico Familiar. Es beneficioso para nosotros que nuestros pacientes entiendan nuestra póliza de pago. Nosotros hacemos nuestro mayor esfuerzo para darle los precios mas bajos. Debido al procedimiento de procesar pagos de seguros, la oficina requiere pago total al momento de la visita. Si su seguro trabaja con nuestra oficina nosotros mandaremos el cobro as su seguro como acordamos con nuestra oficina y el seguro médico. Los pagos no recibidos de la compañía de seguros dentro de 45 días llegan a ser la responsabilidad del paciente. Por favor firme la siguiente autorización para que los pagos puedan ser hechos al Hillendale el Cuidado Médico para servicios rendidos y facturados por Hillendale el Cuidado Médico.

Paciente: _____

Dirección: _____

NUESTRA POLIZA de PAGOS

Yo, el que firma, autorizo a Hillendale el Cuidado Médico aplicar para los beneficios en mi consentimiento para cubrir los servicios atributados a mi, no pagados en total ahora.

YO REQUIERO QUE MI SEGURO MEDICO, SI ALGUNO, HAGA LOS PAGOS DIRECTAMENTE A FAMILY CARE MEDICAL CENTER/ DALE CITY URGENT CARE

Yo certifico que la información reportada con mi seguro es correcta y autorizo la salida de toda la informacion, incluyendo informacion medica, para transaccion al seguro medico. Asegurando mi entendimiento de que las cantidades, o servicios no cubiertos por la poliza del seguro, seran responsabilidad financiera mia.

SALIDA de INFORMACION

Family Care Medical Center / Dale city Urgent Care puede enviar cualquier informacion parte de mi informacion grabada a mi seguro, u otras compañías de seguro para el proposito de satisfacer el cobro. Entiendo que es necesario contactar a mi jefe y compania de trabajo para el propósito de mi seguro medico

GARANTIZADO de PAGO

Para Family Care Medical Center / Dale city urgent care: Para, y en consideracion de los servicios dados a mi, o al paciente mencionado arriba, yo garantizo pago completo de todas los cargos mencionados en la apropiada manera con la póliza del seguro. En el caso de que haya un balance que no se haya pagado en 45 días, a este balance se le aplicará un interes del diez y ocho por ciento (18%). Si esto ocurre estos balances seran reportados a una agencia de coleccion o a un abogado y los gastos que estos generen serán mi responsabilidad.

LA FIRMA DE ABAJO GARANTIZA QUE EL FIRMANTE HA ENTENDIDO Y LEIDO LA INFORMACION DE ESTE DOCUMENTO

FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE FINANCIERA MENTE

Testigo

Fecha: _____

Dirección (si diferente a la del paciente): _____