

HOADLY MEDICAL CARE
6356 HOADLY RD
MANASSAS VA 20112
(703) 590-5999

INFORMACION DE SEGURO Y PACIENTE

ESPAÑOL

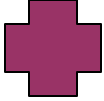
NOMBRE: SEXO: FECHA de NACIMIENTO: NUMERO SOCIAL:	NUMERO DE CASA: () NUMERO DE TRABAJO: () NUMERO DE CELULAR: ()
NOMBRE de el PADRE de MENOR: NUMERO SOCIAL: FECHA de NACIMIENTO:	NOMBRE de la MADRE de MENOR: NUMERO SOCIAL: FECHA de NACIMIENTO:
DIRRECTION: (numero y calle)	DIRRECTION: (ciudad, estado, codigo postal)
OCCUPATION: NOMBRE de EMPLEADOR:	DIRRECTION de TRABAJO: NUMERO de TRABAJO: ()
DOCTOR ANTERIOR: NUMERO de TELEFONO:()	DIRRECTION de DOCTOR:
ESTATUS FAMILIAR: (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 POLICA: SEXO: FECHA DE NACIMIENTO: NUMERO SOCIAL:	TIPO DE POLICA: (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 CONSIENTE QUE YO SOY ULTIMADAMENTE RESPONSABILBLE POR LOS PAGOS.
YO CERTIFICO QUE LA INFOMARCION ES CIERTA Y CORRECTA A MIS CENTIDOS.**

FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE DE FINANCIAMIENTO

FECHA

APPROVADO POR



HOADLY MEDICAL CARE
 6356 HOADLY RD
 MANASSAS VA 20112
 (703) 590-5999

INFORMACION AL PACIENTE

Bienvenido a Centro Medico Familiar. Para nuestro beneficiario que nuestros pacientes entiendan nuestra polica 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 medico. Los pagos no recibido 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: _____

Dirrection: _____

NUESTRA POLICA 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 informacion reportada con mi seguro es correcta y autorizo la salida de toda la informacion, incluyendo informacion medica, para transaccion al seguro medico. Asiendo esta asegurancias entiendo que cantidades, ho servicios no cubiertos por la polica del seguro, financieramente es mi responsabilidad.

SALIDA de INFORMACION

Family Care Medical Center / Dale city urgent care puede enviar cualquier informacion parte de mi informacion gravada a mi seguro, oh otra companias de seguro para el proposito de satisfacer el cobro. Entiendo que es necesario contactar a mi jefe y compania de trabajo para el proposito 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, oh al paciente mencionado arriba, yo garantizo pago complete de todas las mencionados cargos en la apropiada manera con la polica del seguro. Intereses de los pagos no pagados se balncean a un (18%) por annual para 45 dias despues de el servicio. En el evento que la cuenta tiene que ser puesta bajo un abogado, oh laagencia de collection para obtener pagos, yo sere responsable de todos los pagos de abogado y collection.

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

 FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE FINANCIERA MENTE

 Witness

Fecha: _____

Dirrection (si otra de el paciente): _____