

**INFORMACION PARA EL PACIENTE**

**NOMBRE DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_ **SEGURIDAD SOCIAL #** \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial media

**DIRECCIÓN** \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

**FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_ **EDAD** \_\_\_\_\_ **EMPLEADOR** \_\_\_\_\_ **CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_

<b>SEXO</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>RAZA</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Moreno o afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiana o isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro Raza _____	<b>ORIGEN ÉTNICO</b> <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Desconocido	<b>TELÉFONO RESIDENCIAL</b> _____
<b>MARITAL STATUS</b> <input type="checkbox"/> Nunca se casó <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		<b>IDIOMA PREFERIBLE</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otror _____	<b>TELÉFONO DEL TRABAJO</b> _____ <b>TELÉFONO CELULAR</b> _____

**PREFERENCIA DE COMUNICACIÓN (marque todas las que correspondan):**  
 Llamada telefónica  Mensaje de texto  Dejar mensaje **Teléfono residencial:**  Llamada telefónica  Dejar mensaje **Teléfono de trabajo:**  Puede usar par contactar al paciente **Teléfono celular:** \_\_\_\_\_

**CONYUGE O TUTOR**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **SEGURIDAD SOCIA #** \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial media

**DIRECCIÓN** \_\_\_\_\_ **EMPLEADOR** \_\_\_\_\_  
(si es diferente al del paciente) Calle Ciudad Estado Código postal

**FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_ **RELACIÓN CON EL PACIENTE** \_\_\_\_\_ **CORREO ELECTRÓNICO** \_\_\_\_\_

<b>SEXO</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>ESTADO CIVIL</b> <input type="checkbox"/> Nunca se casó <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo	<b>TELÉFONO RESIDENCIAL</b> _____	<b>TELÉFONO DEL TRABAJO</b> _____
		<b>TELÉFONO CELULAR</b> _____	

**CONYUGE O TUTOR**

**NAME** \_\_\_\_\_ **SEGURIDAD SOCIAL #** \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Middle Initial

**DIRECCIÓN** \_\_\_\_\_ **EMPLEADOR** \_\_\_\_\_  
(si es diferente al del paciente) Calle Ciudad Estado Código postal

**FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_ **RELACIÓN CON EL PACIENTE** \_\_\_\_\_ **CORREO ELECTRÓNICO** \_\_\_\_\_

<b>SEX</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>ESTADO CIVIL</b> <input type="checkbox"/> Nunca se casó <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo	<b>TELÉFONO RESIDENCIAL</b> _____	<b>TELÉFONO DEL TRABAJO</b> _____
		<b>TELÉFONO CELULAR</b> _____	

**INFORMACION DEL SEGURO**

**SEGURO PRIMARIO** \_\_\_\_\_ **POLÍTICA #** \_\_\_\_\_

**TITULAR DE LA PÓLIZA** \_\_\_\_\_ **SEGURIDAD SOCIAL #** \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial media

**DIRECCIÓN** \_\_\_\_\_ **EMPLEADOR** \_\_\_\_\_  
(si no es el anterior) Calle Ciudad Estado Código postal

**FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_ **RELACIÓN CON EL PACIENTE** \_\_\_\_\_ **FECHA DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA** \_\_\_\_\_

**SEGURO SECUNDARIO** \_\_\_\_\_ **POLÍTICA #** \_\_\_\_\_

**TITULAR DE LA PÓLIZA** \_\_\_\_\_ **SEGURIDAD SOCIAL#** \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial media

**DIRECCIÓN** \_\_\_\_\_ **EMPLEADOR** \_\_\_\_\_  
(si no es el anterior) Calle Ciudad Estado Código postal

**FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_ **RELACIÓN CON EL PACIENTE** \_\_\_\_\_ **FECHA DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA** \_\_\_\_\_

**FUENTE DE REFERENCIA:**  
 MÉDICO \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Dirección / Ciudad  
 AMIGO  DIRECTORIO TELÉFÓN  INTERNET  OTRO \_\_\_\_\_

**MÉDICO DE FAMILIA:**  
(si no se hace referencia)  
 \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Dirección / Ciudad

**IMPORTANTE: LEA LA INFORMACIÓN EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTA HOJA. SE REQUIERE SU FIRMA.**

### DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo a Mid-Kansas ENT a divulgar cualquier información a cualquier médico involucrado en mi atención, hospital y / o mi compañía de seguros incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que se me haya prestado durante el período de dicha Atención quirúrgica.

### RECONOCIMIENTO DE HIPAA DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que una copia del Aviso de privacidad de Mid-Kansas Ear, Nose & Throat, Division of Wichita Surgical Specialists, PA's Las prácticas se proporcionarán a pedido.

### ASIGNACIÓN DE PRESTACIONES

Autorizo y solicito pagos de beneficios de seguro directamente a Mid-Kansas ENT, Division of Wichita Surgical Specialists, P. A. de lo contrario pagadero a mí. Además, certifico que he proporcionado a Mid-Kansas ENT una lista completa de las compañías de seguros con las que tener cobertura médica y/o quirúrgica.

### ACUERDO FINANCIERO Y POLÍTICA DE OFICINA

Entiendo que mi póliza de seguro puede pagar menos que los cargos reales por los servicios. Entiendo que soy financieramente responsable para pagos en su totalidad de todos los copagos, coseguros y deducibles según lo especificado por mi plan de seguro. Si se deniega el pago o Si el pago es denegado o no cubierto por mi seguro, o si no tengo seguro, acepto ser responsable del pago en su totalidad. He recibido una copia de la Política de Office.

NOMBRE DEL PACIENTE (por favor imprima) \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
(PACIENTE O TUTOR SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

## ATENCIÓN PACIENTES DE MEDICARE

**\*\* SE COMPLETARÁ PARA TODOS LOS PACIENTES DE MEDICARE \*\***

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA DEL SERVICIO \_\_\_\_\_

(Si la respuesta es SÍ a cualquiera de las siguientes preguntas 1 a 4, se debe completar la sección correspondiente del formulario "Otro seguro").

- |   | SI                                  | NO                       |
|---|-------------------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Es el paciente un veterano?   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| a. ¿El VA remitió al paciente aquí para recibir tratamiento?  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Tiene el paciente una "tarjeta de identificación de base de tarifa" del VA?   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tiene una tarjeta Federal de Pulmón Negro?  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Esta dolencia se debe a un accidente de algún tipo?   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo, ¿fue:   |                                     |                          |
| <input type="checkbox"/> Relacionado con el trabajo   | <input type="checkbox"/> Auto       |                          |
| <input type="checkbox"/> Lesionado en casa propia   | <input type="checkbox"/> Otro _____ |                          |
| 4. ¿Está el paciente cubierto por el plan de seguro de salud de un empleador a través de cualquiera de los dos<br>¿Su propio empleo o el de un miembro de la familia? (No cobertura para jubilados) | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |

### AUTORIZACIÓN ÚNICA

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se haga a mí o en mi nombre a Mid-Kansas Ear Nose & Throat División A de Wichita Surgical Specialists, P. A. por cualquier servicio que me brinde. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar al Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por servicios relacionados.

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_