



Urgent Care of Mountain View's

FORMULARIO DE NUEVO PACIENTE

Welcome to Mountain View Urgent Care. Bienvenido a Atención de Urgencia de Mountain View. Tómese un momento para completar este formulario de paciente nuevo. Presente su tarjeta de seguro al momento del check-in. Se espera el pago de la responsabilidad financiera del paciente al momento del servicio.

REASON FOR VISIT

- ☐ Enfermedad/Illness (presentar tarjeta al momento del check-in) ☐ Lesión/ Injury (pago adeudado al momento del servicio)
☐ Compensación de trabajadores/Workers Comp ☐ Accidente automovilístico/Auto Accident ☐ Otro/Other
Descripción de la lesión o los síntomas/Description of Injury or Symptoms: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE NUEVO

Nombre del paciente/Patient Name:

Último/Last: _____ Primero/First: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento/Date of Birth: ____/____/____ Número de seguro social/SSN: _____

Sexo/Sex: ☐ M ☐ F Estado civil Marital Status: ☐ Soltero/Single ☐ Casado/Married ☐ Divorciado/Divorced ☐ Separated

Dirección de envío/Address: _____

Ciudad/City: _____ Estado/State: _____ Código postal/Zip Code: _____

Información del contacto/Contact Information: El método de contacto preferido es/Preferred contact method is

☐ Teléfono móvil/Cell Phone ☐ Teléfono de casa/Home Phone ☐ Teléfono del trabajo/Work Phone ☐ Correo electrónico/Email

Teléfono móvil/Cell Phone: (____) _____-____ Teléfono de casa/Home Phone: (____) _____-____

Teléfono del trabajo/Work Phone: (____) _____-____ Correo electrónico/Email: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA/EMERGENCY CONTACT

Nombre de contacto/Contact Name: Último/Last: _____ Primero/First: _____

Teléfono/Phone: (____) _____-____ Relación/Relationship: _____

¿Podemos dejar un mensaje sobre su atención (radiografías, resultados de laboratorio) en su teléfono preferido? ☐ Y ☐ N

May we leave a message regarding your care (x-ray, lab results) on your preferred phone?

¿SE TRATA DE UNA LESIÓN EN EL TRABAJO O DE OTRA LESIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJO?

Is this a work-related injury? ☐ Y (Si es así, **DETÉNGASE**. Complete a continuación/If Yes, **STOP**. Please complete below) ☐ N

Fecha de la lesión/Date of Injury: ____/____/____ Momento de la lesión/Time of Injury: _____ ☐ AM ☐ PM

Nombre del empleador/Employer Name: _____

Nombre del supervisor/Supervisor Name: _____ Título/Title: _____

Dirección de envío/Address: _____

Ciudad/City: _____ Estado/State: _____ Código postal/Zip Code: _____

NOMBRE DEL PADRE O GARANTE: COMPLETE CON EL NOMBRE DEL ASEGURADO SI EL PACIENTE NO ES RESPONS- ABLE DE LOS CARGOS ACTUALES/PARENT OR GUARANTOR'S NAME: Complete con el nombre del asegurado si el paciente no

es responsable de los cargos de hoy/Complete with name of insured if the patient is not responsible for charges today.

Último/Last: _____ Primero/First: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento/Date of Birth: ____/____/____ Número de seguro social/SSN: _____

Dirección de envío/Address: _____

Ciudad/City: _____ Estado/State: _____ Código postal/Zip Code: _____

Teléfono móvil/Cell Phone: (____) _____-____ Teléfono de casa/Home Phone: (____) _____-____

Empleador/Employer: _____



Urgent Care of Mountain View's

FORMULARIO DE NUEVO PACIENTE

INFORMACIÓN DEL SEGURO/INSURANCE INFORMATION:

Seguro Primario/Primary Insurance: El Portador/Carrier: _____

Identificación de suscriptor/Subscriber ID: _____ Número de grupo/Group Number: _____

Nombre del titular de la póliza/Policy Holder Name: _____

Fecha de nacimiento/Date of Birth: ____/____/____

Seguro secundario/Secondary: Notifique al personal si se debe facturar al seguro secundario. ☐ Y ☐ N

Aseguradora/Carrier: _____

ID de suscriptor de seguro/Subscriber ID: _____ Número de grupo/Group Number: _____

Nombre del titular de la póliza/Policy Holder Name: _____

Fecha de nacimiento/Date of Birth: ____/____/____

Médico de atención primaria/Primary Care Physician:

Nombre de contacto/Contact Name: Último/Last: _____ Primero/First: _____

Autorización y autorización de divulgación para tratamiento: Doy mi consentimiento voluntario para la administración y el costo de los procedimientos médicos y quirúrgicos, radiografías y medicamentos para mí y mis dependientes.

Autorización para recibir correos electrónicos, mensajes de texto, faxes y comunicaciones telefónicas: Doy mi consentimiento voluntariamente para recibir comunicaciones sobre mis citas, resultados de laboratorio, información de pago y más.

Cesión de beneficios del seguro: Autorizo el pago directamente a este centro de atención de urgencia de todos los beneficios que de otro modo serían pagaderos a mí.

Garantía de pago: Entiendo que soy financieramente responsable y acepto pagar todos los cargos que no se paguen o facturen al seguro o a cualquier otro tercero pagador. Entiendo que debo pagar el total hoy por todos los servicios prestados a menos que se acepte mi seguro. También entiendo que si se acepta mi seguro, debo pagar todos los copagos, coseguros y deducibles del seguro aplicables hoy. Si usted es. Si no puedo verificar mi seguro al momento del servicio, pagaré el total de todos los servicios.

Divulgación de registros: Autorizo a este centro de atención de urgencia a divulgar (verbalmente o por escrito) datos médicos confidenciales información a cualquier persona o entidad, incluida mi compañía de seguros, empleador si el tratamiento está relacionado con fines laborales u otras operaciones de atención médica que puedan ser responsables ante mí o mi(s) médico(s) por los cargos por este tratamiento y por la gestión de calidad, revisión de utilización, transferencia y fines de seguimiento.

Recibo de Prácticas de Privacidad: Reconozco que he recibido y leído el Aviso de Prácticas de Privacidad de este centro de atención de urgencia.

IMPORTANTE/IMPORTANT: Entiendo que una copia de este acuerdo puede usarse con la misma efectividad que el original. Si el paciente no tiene 18 años o más, deberá firmar uno de sus padres o garante. I understand that a copy of this agreement may be used with the same effectiveness as the original. If the patient is not 18 years of age or older, a parent or guarantor must sign.

FIRMA DEL PACIENTE:

Patient Signature _____

Firma (debe tener 18 años para firmar)

Fecha/Date _____

PERSONA RESPONSABLE:

Responsible Party/Person _____

Firma

Fecha/Date _____