

Información del Paciente:

Apellido:	Primer Nombre:	Inicial:
Sexo:	Seguro Social: - -	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro:
Fecha de Nacimiento: / /	Raza:	Etnicidad:
Dirección:	Zona Postal:	Ciudad:
Estado:		
Teléfono en Casa: ()	Teléfono Celular: ()	Teléfono de Trabajo: ()
Al proveer mi numero de telefono celular, doy mi consentimiento para que Doctors on Duty Medical Clinics, incluyendo a sus socios de negocios, llamen y/o envíen mensajes de texto en relación con mis citas, mi cuidado médico, y el pago de mi cuidado médico. Otras normas federales y estatales rigen sobre los mensajes de correo electrónico y telemarketing. Un resumen de estas leyes está disponible en el sitio web de la Oficina del Procurador General en oag.ca.gov/privacy/privacy-laws		
Email (Requerido)	Nombre de Su Médico de Cuidado Primario:	
Farmacia Preferida:	Ciudad:	Calle:

Sección Para Pacientes Menores de Edad:

Padre o Tutor:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:	Zona Postal:
Ciudad:	Estado:
Número de Seguro Social:	Parentesco con el Paciente:
Teléfono:()	

Nombre de Aseguranza Primaria:

Nombre del Asegurado:	Fecha de Nacimiento:	Seguro Social:
Relación al Paciente:		

Nombre de Aseguranza Secundaria:

Nombre del Asegurado:	Fecha de Nacimiento:	Seguro Social:
Relación al Paciente:		

Persona a Notificar en Caso de Emergencia:

Nombre:	Dirección:
Zona Postal:	Ciudad:
Estado:	
Teléfono: ()	Relación al Paciente:

Describa su enfermedad, y fecha en que inicio: _____
 _____ **Lastimadura de Trabajo:** Si ___ No ___

Divulgación de Información y Responsabilidad Financiera

Solicitamos pago al momento de proporcionar servicios. Nosotros estamos contratados con algunas compañías de seguros y es posible que podamos facturar directamente para usted. Favor de entregarnos una copia de su tarjeta de seguro. Si un copago/deducible es parte de su plan, es necesario que su parte sea pagada al momento del servicio. Haremos todo lo posible para ofrecerle la cantidad exacta debida al final de su visita de hoy. Sin embargo, sus registros médicos y de facturación se revisarán dentro de 1-2 días hábiles después de su visita. Si hay alguna discrepancia en la codificación y la facturación, usted recibirá una factura adicional o un reembolso por sobrecargos.

Doctors on Duty Medical Clinics y afiliados, conforme al Código de Negocios y Profesionales de California, le notifica sobre su derecho a que su medicamento recetado pueda ser entregado por nuestro proveedor de servicios médicos o de que usted puede obtener una receta para que se le entregue en la farmacia de su preferencia. Por favor informe al proveedor recetante si usted elige que los medicamentos recetados NO se le sean entregados, para que de esta manera, se le proporcione una receta por escrito.

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información médica a las compañías de seguros necesarias para procesar un reclamo y solicito que pagos sean enviados a Doctors on Duty por servicios médicos brindados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos, sean o no cubiertos por mi seguro, y que se espera que yo pague si es que mi seguro no paga dentro de 60 días. Estoy de acuerdo con el cargo de \$25.00 por cualquier cheque que entregue y sea rechazado por falta de fondos. Doy mi consentimiento para recibir tratamiento en Doctors on Duty Medical Clinics.

Dirección de Correo Electrónico del Paciente

Al proporcionar mi dirección de correo electrónico, doy permiso a Doctors on Duty para que me envíe correos electrónicos directamente, o a través de un tercero para que se me encueste sobre mis visitas, con fin de proveer información sobre mi satisfacción y valoración de calidad. Doctors on Duty no compartirán mi dirección de correo electrónico, ni expedientes médicos con otros.

Información Sobre Servicios de Laboratorio

Le informamos que los servicios de laboratorio son proporcionados por Quest, Salinas Valley Memorial Hospital Laboratory, y/u otro laboratorio externo. Si desea seleccionar un laboratorio distinto a los mencionados, por favor informe al personal médico. Laboratorios que reciban su espécimen le facturarán por separado por sus servicios.

Firma: _____ Relación: _____ Fecha: _____