

DEMOGRAFICAS

(703) 729-1723

APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	
# DE SEGURO SOCIAL		SEXO		PREFIJO/SUFIJO	
FECHA DE NACIMIENTO(mm/dd/año)		ESTADO CIVIL (indique con un círculo) Soltero/a/Casado/a/Divorciado/a/Viudo/a/Compañero/a		ESTUDIANTE (indique con un círculo) No A tiempo complete A tiempo parcial	
DIRECCION		CIUDAD/ESTADO		CODIGO POSTAL	
TELEFONO DOMICILIO(incluyacódigo del área)		TELEFONO TRABAJO		TELEFONO CELULAR	
RAZA indique con un círculo) Blanca/Negra/Afroamericana/Asiático Hawaii/Islas del Pacifico/Otraraza/Indioamericano/Nativo de Alaska		ETNIA(indique con un círculo) Hispano o latino/No hispano o latino Desconocida		IDIOMA PREFERIDO Inglés/Español U Otro: _____	
EMPLEADOR	POSICION O TITULO	DIRECCION DEL EMPLEO		TELEFONO DEL EMPLEADOR	
FARMACIA PREFERIDA	TELEFONO DE LA FARMACIA	DIRECCION ELECTRONICA			

INFORMACION SOBRE CONTACTO/GARANTE

CONTACTO (escoja por lo menos una, con un círculo) Contacto de emergencia/Pariente más cercano Asegurado/Autorizado para obtener tratamiento		APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	
# DE SEGURO SOCIAL	FECHA NACIMIENTO(mm/dd/año)	RELACION CON EL PACIENTE		SEXO	ESTADO CIVIL		
DIRECCION DOMICILIAR		CIUDAD/ESTADO		CODIGO POSTAL	TELEFONO DOMICILIO		
EMPLEADOR		TELEFONO DEL TRABAJO		POSICION O TITULO			

Si no se incluye información sobre el garante, se presumirá que el paciente es el responsable de pagar la cuenta.

CONTACTO (escoja por lo menos una, con un círculo) Contacto de emergencia/Pariente más cercano Asegurado/Autorizado para obtener tratamiento		APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	
# DE SEGURO SOCIAL	FECHA NACIMIENTO (mm/dd/año)	RELACION CON EL PACIENTE		SEXO	ESTADO CIVIL		
DIRECCION DOMICILIAR		CIUDAD/ESTADO		CODIGO POSTAL	TELEFONO DOMICILIO		
EMPLEADOR		TELEFONO DEL TRABAJO		POSICION O TITULO			

INFORMACION SOBRE POLIZA DE SEGUROS

NUMERO DE LA POLIZA	ID DEL GRUPO	FECHA DE VIGENCIA
TIPO (escoja solo uno) SaludAutomóvilIndemnizaciónporaccidente Otro	SEGURO PRIMARIO Sí No	FECHA CADUCIDAD MONTA DEL COPAGO Consulta: \$ _____ Especialista: \$ _____
NOMBRE DE ASEGURADORA/PLAN	DIRECCION DE LA ASEGURADORA	TELEFONO
NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/año)	TELEFONO DOMICILIO
DIRECCION DEL ASEGURADO	MEDICO PRIMARIO	MEDICO REFERENTE

INFORMACION SOBRE SEGURO SECUNDARIO (si se aplica)

NUMERO DE LA POLIZA	ID DEL GRUPO	FECHA DE VIGENCIA
TIPO (escoja solo uno) SaludAutomóvilIndemnizaciónporaccidente Otro	SEGURO PRIMARIO Sí No	FECHA CADUCIDAD TIPO (escoja solo uno) SaludAutomóvilIndemnizaciónporaccidente Otro
NOMBRE DE ASEGURADORA/PLAN	DIRECCION DE LA ASEGURADORA	TELEFONO
NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/año)	TELEFONO DOMICILIO

Autorizo para que paguen mis beneficios como asegurado directamente al médico y me responsabilizo financieramente de todos los cargos. Por este medio autorizo a que se liberen y se re-envíen mis registros médicos para permitir o facilitar el cobro, verificación o resolución de mi cuenta por cualquier cantidad que se me deba a mi o a un pagador tercero, organización de mantenimiento de salud, asegurador u otro plan de beneficios médicos. Esta autorización se extiende a LMG, PC o cualquiera de sus afiliados o agentes, entidad crediticia o cualquiera de sus afiliados.

Nombre en letras de molde

Firma

Fecha

AVISO DE CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS DE SIDA, HEPATITIS B o C

Según § 32.1-45.1 del Código de Virginia (1950) enmendado, LMG está obligado a proporcionarle el siguiente aviso:

1. Si algún profesional de salud o empleado de LMG tiene contacto directo con su sangre o fluidos corporales en forma que pudiera contagiarse de enfermedades, su sangre será sometida a pruebas para detectar el virus del SIDA, al igual que Hepatitis B o C. Los resultados del examen le serán proporcionados por un médico u otro profesional de salud. Según el Código § 32.1-45.1 (A) se entiende que usted ha dado su consentimiento para que el resultado de estos exámenes se le proporcionen a la persona expuesta al contagio.
2. Si usted tiene contacto directo con la sangre y fluido corporal de algún profesional de salud o empleado de LMG en forma que pudiera contagiarse de alguna enfermedad, la sangre de esa persona será sometida a prueba para detectar el virus del SIDA, al igual que para Hepatitis B y C. Un médico u otro profesional de salud le informará a usted y a esa persona del resultado de las pruebas.

Entiendo que este consentimiento permanecerá vigente durante el tiempo que mi dependiente o yo reciba cuidados de LMG o hasta que yo lo retire.

Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal Actuando en su Lugar

Fecha de la firma

Relación (si no es el paciente quien firma)

Firma de la Persona que Obtiene el Consentimiento