



FECHA \_\_\_\_\_

Norfolk Medical Group at Fountain Point



402-844-8000

MCARE / MCARE Plan De Ventajas DUDLEY

**INFORMACION DE PACIENTE**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_  
Direccion Fisica \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_  
Telefono de Casa(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estatus Matrimonial (circule uno) Casado / Soltero / Viudo / Divorcido / Separado  
Raza \_\_\_\_\_ Ethnicida (circule uno) No-Hispano / Hispano / Otro Lenguaje de Preferencia \_\_\_\_\_  
Seguro Social \_\_\_\_\_ Empleo/estatus de estudiante (circule uno) Empleado /Estudiante tiempo completo /estudiante tiempo medio / Ninguno  
EMPLEO \_\_\_\_\_ TELEFONO (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_

**METODO DE CONTACTO DE PREFERENCIA (por favor escoja solo una caja)**

Telefono de casa  Celular  Correo Electronico  Correo Postal

Autorizo a NMG a dejar mensajes de voz en mi teléfono de casa o celular:  Si  No

**Conyugue de Paciente – Yo autorizo discusion de mi facture de NMG con mi esposo/a. Si \_\_\_ No \_\_\_**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_  
Direccion Fisica \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_  
Telefono de Casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
EMPLEO \_\_\_\_\_ TELEFONO (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_

**PODER FINANCIERO DE ABOGADO (presente copia a recepcionista para su expediente)**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_  
Telefono de casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA #1** apunte una persona que no viva con usted.

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_  
Telefono de Casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA #2** (si no a apuntado esposo/a arriba)

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_  
Telefono de Casa(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefono de Empleo(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Presente tarjetas de seguro Medico a la Recepcionista**

Compania Primaria \_\_\_\_\_ Compania Secundaria \_\_\_\_\_  
Subscriber \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Subscriber \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

1. Yo estoy de acuerdo de ser responsable por los cambios incurridos en NMG LLC incluyendo cargos de cheques malos.
2. Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare sean echos en mi favor a cualquiera de los medicos representados por NMG LLC por cualquier servicio proveidos a mi por el proveedor. Yo autorizo cualquier poseedor de informacion medica sobre mi sea liberado a la Administracion Financiera de Cuidado de Salud y sus agentes cualquier informacion necesaria para determinar estos beneficions pagos para servicios relacionados.
3. Yo autorizo NMG LLC de proveher a la compania de seguro toda la informacion que pueden solicitar en cuanto a mi enfermedad o lesion. Informacion puede ser divulgada a el medico refiriendo/otros proveedores de cuidado medico, instalaciones, agencias. Yo por la presente asigno a NMG LLC la cantidad de dinero para el cual tengo derecho para gastos medicos/gastos quirurgcos para cada reclamacion. Informacion de seguro no proporcionadosen tiempo oportuno puede resultar en responsabilidad del paciente para cobros incurridos porque pueden aver pasado FECHA LIMITE DE PRESENTACION OPORTUNA.
4. Yo autorizo la discusion de mis facturas de NMG con los siguientes adultos (otro aparte de conyugue/POA mencionados)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_  
**FIRMA** \_\_\_\_\_ **NOMBRE EN MOLDE** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_