

FECHA _____



Norfolk Medical Group at Fountain Point



402-844-8000

ADULTO - 19+

INFORMACION DEL 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/Divorciado/Separado
Raza _____ **Etnicidad (circule uno)** No-Hispano/Hispano/Otro **Lenguaje de Preferencia** _____
Seguro Social _____ Estatus de Empleo/estudiante (circule uno) Empleado/Estudiante Tiempo completo/Estudiante
 Medio tiempo/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

INFORMACION DE ESPOSO/A

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 _____ Codigo _____

Yo autorizo discutir mi facture de NMG con mi esposa/o anotado arriba Si__ No __

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 anote 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 _____

- Yo estoy de acuerdo de ser responsable por los cambios incurridos en NMG LLC incluyendo cargos de cheques sin fondo.
- Yo autorizo NMG LLC de proveher a la compania de seguro toda la informacion que pue den solicitar en cuanto a mi enfermedad o lesion. Informacion puede ser divulgada a el medico refriendo/otros proveedores de cuidado medico, instalaciones o agencias. Yo por la presente asigno a NMG LLC la cantidad de dinero para el cual tengo de derecho para gastos medicos/gastos quirurgicos para cada reclamacion. Informacion de seguro no proporcionados en tiempo oportuno pue de resultar en responsabilidad del paciente para cobros incurridos porque pue den aver pasado **FECHA LIMITE DE PRESENTACION OPORTUNA**.
- Yo autorizo la discucion 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 _____ **NOMBREEN MOLDE** _____ **FECHA** _____