

Información sobre la familia (Para todos los pacientes) - *Utilice nombres completos* FECHA: _____

 Nombre completo del padre: _____ Fecha de nacimiento: _____ # Seguro Social: _____
 Nombre completo de la madre: _____ Fecha de nacimiento: _____ # Seguro Social: _____
 Dirección postal: _____ Ciudad _____ Estado _____ ódigo Postal _____
 Teléfono particular: _____ Teléfono móvil (Padre): _____ teléfono móvil (Madre): _____
 Empleador del padre: _____ Empleador de la madre: _____
 Idioma preferido de los padres: _____ ¿Necesita un intérprete? Si No
 Correo Electrónico: _____

SI TIENE 18 AÑOS O MÁS, NO LLENE ESTA SECCIÓN Y LLENE LA SECCIÓN DE COLOR GRIS ABAJO.

Información de los niños (GMC participa en varios programas estatales y federales que requieren datos sobre la raza y etnicidad.)

1. Nombre completo del niño: _____	Fecha de nacimiento:	_____	Apodo	_____
Sexo: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Raza: <input type="checkbox"/> Indio Am. <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Afroamericanos	<input type="checkbox"/> Hispano,	<input type="checkbox"/> Blanco;	Otro: _____
2. Nombre completo del niño: _____	Fecha de nacimiento:	_____	Apodo	_____
Sexo: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Raza: <input type="checkbox"/> Indio Am. <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Afroamericanos	<input type="checkbox"/> Hispano,	<input type="checkbox"/> Blanco;	Otro: _____
3. Nombre completo del niño: _____	Fecha de nacimiento:	_____	Apodo	_____
Sexo: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Raza: <input type="checkbox"/> Indio Am. <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Afroamericanos	<input type="checkbox"/> Hispano,	<input type="checkbox"/> Blanco;	Otro: _____
4. Nombre completo del niño: _____	Fecha de nacimiento:	_____	Apodo	_____
Sexo: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Raza: <input type="checkbox"/> Indio Am. <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Afroamericanos	<input type="checkbox"/> Hispano,	<input type="checkbox"/> Blanco;	Otro: _____
5. Nombre completo del niño: _____	Fecha de nacimiento:	_____	Apodo	_____
Sexo: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Raza: <input type="checkbox"/> Indio Am. <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Afroamericanos	<input type="checkbox"/> Hispano,	<input type="checkbox"/> Blanco;	Otro: _____
6. Nombre completo del niño: _____	Fecha de nacimiento:	_____	Apodo	_____
Sexo: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Raza: <input type="checkbox"/> Indio Am. <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Afroamericanos	<input type="checkbox"/> Hispano,	<input type="checkbox"/> Blanco;	Otro: _____

SÓLO PACIENTES 18 AÑOS O MÁS (Esta sección es para completar por mayores de 18 años) FECHA: _____

 Nombre completo: _____ Nombre Preferido: _____
 Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono particular: _____ Teléfono móvil: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Raza: _____ idioma preferido: _____ ¿Necesita un intérprete? Si No
 # Seguro Social _____ Empleador: _____ Teléfono empleador: _____
 Correo Electrónico: _____ Sexo: M F Estado civil: Casado Soltero Otro

PERSONA RESPONSABLE DE SEGURO (PRIMARIO)

 Asegurado: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____, Estado _____, Código Postal: _____
 Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Relación con paciente: _____

PERSONA RESPONSABLE DE SEGURO (SECUNDARIO)

 Asegurado: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____, Estado _____, Código Postal: _____
 Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Relación con paciente: _____

Contacto de emergencia (Esta persona debe vivir en el mismo Estado, pero no en el mismo hogar)

 Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____
 Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Nombre de farmacia preferida: _____ Ubicación: _____

PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Reconozco que me ha sido proporcionada una copia de la NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE Granger Medical y que GRANGER MEDICAL pueda proporcionar todo o partes de mi expediente médico o de mi dependiente a las personas o empresas responsables de pagar los cargos por los servicios prestados, como mi seguro o beneficio de salud de la empresa, o portadores de compensación del trabajador. Además, reconozco que GRANGER MEDICAL podrá revelar la información del paciente para refiriéndose o tratamiento de proveedores de atención médica y para las operaciones de pago y atención de la salud. Autorizo a GRANGER MEDICAL para obtener información médica de otras entidades de atención de salud y proveedores, incluyendo pero sin limitarse a, las copias de los resultados de laboratorio, informes de pruebas de diagnóstico, películas/imágenes y otra información clínica que se consideren necesarias por los médicos GRANGER MEDICAL o representantes. Entiendo que yo puedo comprobar de mi o, mi dependiente información de salud protegida, solicitar más información y revocar esta autorización, como permitido por los reglamentos federales de privacidad y de conformidad con la política de privacidad de GRANGER MEDICAL, excepto en la medida en que GRANGER MEDICAL ya utilizado o revelado mi información protegida de la salud basado en mi solicitud original.



Paciente (18 años o más) / firma de guardián Legal: _____ fecha: _____

PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN DE MÉDICOS A LAS PARTES ASIGNADAS

En mi ausencia, autorizo a Granger Medical para liberar todo o partes de mi expediente médico o de mi dependiente, en los que figuran a continuación. Esta autorización es, en efecto, hasta revocarlo por escrito. (Considere la escuela de su hijo, otros que puede traer a sus hijos en relación al cuidado y sus padres, si tienen más de 17).

Nombre: _____ Nombre: _____

Nombre: _____ Nombre: _____

YO **NO** AUTORIZO LA LIBERACIÓN DE TODA O PARTES DE MI EXPEDIENTE MÉDICO A MIS PADRES (PARA LOS MÁS DE 17).

AUTORIZO A RECORDATORIOS DE RESULTADOS DE PRUEBA/CITAS SER DEJADOS EN MI CORREO DE VOZ.

AUTORIZO A NOTIFICACIÓN Y RECORDATORIOS DE CITAS POR CORREO ELECTRÓNICO O TEXTO DE MENSAJERÍA.

AUTORIZO A PERMITIR DAR PERMISO VERBAL DE INFORMACIÓN DE INMUNIZACIÓN DE LANZAMIENTO A LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS QUE VOY A NOMBRAR.

RECONOZCO QUE MI PERMISO VERBAL SE DOCUMENTARÁN EN LOS REGISTROS ELECTRÓNICOS DE SALUD DEL GRANGER MEDICAL Y RECONOZCAN Y LO ACEPTEN COMO DOCUMENTACIÓN COMO SI ME HUBIERA DADO CONSENTIMIENTO ESCRITO.



Paciente (18 años o más) / firma de guardián Legal: _____ fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Por medio de la presente consiento a cualquier tratamiento médico, prueba de diagnóstico, laboratorio u otro procedimiento, que los medico(s) u otros proveedores de atención de la salud de GRANGER MEDICAL pueden considerar o asesorar sobre mi tratamiento, o en tratamiento de mis dependientes. Este Acuerdo permanecerá en vigor hasta que elija revocarlo por escrito.



Paciente (18 años o más) / firma de guardián Legal: _____ fecha: _____

CONDICIONES Y POLÍTICA DE CARGA DE TARJETA DE CRÉDITO Y FINANZAS

Estoy de acuerdo en ser financieramente responsable por los gastos efectuados en la atención de mi o mi dependiente. Tengo entendido que se pagará cargos por los servicios prestados en el momento de cada visita. Si de reclamaciones médicas se envía a una compañía de seguros a GRANGER MEDICAL en mi nombre, entiendo que el copago o deducible es debida en el momento en que se procesa la atención. Autorizo a cualquier beneficio debido por mí directamente a GRANGER MEDICAL (asignación de beneficios). Entiendo y acepto que soy financieramente responsable por todas las cantidades deducibles, co-servicios de seguros, no cubiertos o servicios considerados como "no médicamente necesarios" por mi compañía de seguros o de terceros. Estoy de acuerdo en que yo soy responsable de satisfacer las condiciones necesarias para beneficios de seguro o de salud.

Para cualquier cantidad que no ha recibido pago dentro de los **30 días** desde la fecha de la declaración en la que la cantidad aparece por primera vez, se agregará un cargo financiero (1,5 por ciento por mes/APR 18%). Por la presente acepto pagar un cargo de servicio de \$15.00 por cada cheque u otro instrumento oferta presentada por mí, pero regresado a este servicio. En el caso de los importes que se refieran a un tercero de la Agencia de colección de deuda, estoy de acuerdo en que, además de cualquier otro importe permitido por la ley (interés, los costos de la Corte, honorarios de abogados, etc.). Yo también seré responsable de una tasa de colección de hasta un 30% de la cantidad de principio debido a que permita anotada de código de Utah sección 12-1-11. Los términos del presente apartado se aplicarán a todos los importes efectuados por mí o por cualquier persona para quien tengo responsabilidad legal si dichas cantidades se incurre en ellos hoy en día o después de hoy.

En consideración por los servicios médicos prestados, reconozco que me (nos) han notificado de la política financiera del GRANGER MEDICAL y acuerdo pagar por dichos servicios médicos de acuerdo con dichos términos.

Paciente (18 años o más) / firma de guardián Legal: _____ fecha: _____

AUTORIZACIÓN A TRATAR EN AUSENCIA DEL PADRE O TUTOR (OPCIONAL)

Si mis hijos son presentados a la Oficina por _____, consiento que mis hijos a ser tratados y de acuerdo ser financieramente responsable por el costo de esa atención.



Firma de guardián Legal: _____ fecha: _____

VERIFY ID TYPE: _____ EMPLOYEE SIGNATURE: _____ Date: _____