

## Medicina Ocupacional / Compensación del Trabajador Formulario de Registro del Paciente

NFORMACIÓN DEL PACIENTE:	EMPLEO DEL PACIENTE:
Nombre del paciente: Sexo: DM DF	Nombre del Empleador:
Fecha de nacimiento:	Teléfono del Empleador:
Seguro Social:	Extensión:
Dirección:	Dirección del Empleador:
Ciudad, Estado, Código Postal:	_
Teléfono de la casa:	
Teléfono celular:	Nombre del Contacto:
Correo electrónico confidencial:	Teléfono del Contacto:
Por regulación gubernamental, requerimos la siguiente información.	Prefiero no responder
dioma preferido:	Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático/a
Grupo Etnico: ☐ Hispano o Latino	☐ De color o afroamericano/a ☐ Caucásico/a
☐ No Hispano/Latino	☐ Hawaiano/a o de otras islas del Pacífico
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de American Family Care y com ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y GARANTÍA DE LA CUENTA: Yo asumo total responsabilidad de cualquier servicio recibido y comprendo que recibe el servicio. También comprendo que los cargos no cubiertos por el seguro	aprendo que puedo solicitar una copia de este documento en cualquier momento.  el pago de los cargos incurridos en este centro es efectivo y vigente al tiempo que se o continúan siendo responsabilidad mía y que deben ser transferidos a este centro. rometo a pagar todos los costos de honorarios de cobro y /o honorarios de abogados
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de American Family Care y com ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y GARANTÍA DE LA CUENTA: Yo asumo total responsabilidad de cualquier servicio recibido y comprendo que recibe el servicio. También comprendo que los cargos no cubiertos por el segure En caso de que mi cuenta sea transferida a una agencia de cobranza, me comp y todos los cargos legales en caso los hubiere. Paciente puede ser responsable reclamo de compensación de trabajadores.  CONSENTIMENTO DEL TRATAMIENTO:	aprendo que puedo solicitar una copia de este documento en cualquier momento.  el pago de los cargos incurridos en este centro es efectivo y vigente al tiempo que se o continúan siendo responsabilidad mía y que deben ser transferidos a este centro. rometo a pagar todos los costos de honorarios de cobro y /o honorarios de abogados
He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de American Family Care y com  ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y GARANTÍA DE LA CUENTA:  Yo asumo total responsabilidad de cualquier servicio recibido y comprendo que recibe el servicio. También comprendo que los cargos no cubiertos por el seguro En caso de que mi cuenta sea transferida a una agencia de cobranza, me comp y todos los cargos legales en caso los hubiere. Paciente puede ser responsable reclamo de compensación de trabajadores.  CONSENTIMENTO DEL TRATAMIENTO: Yo, el firmante de este documento, consiento en la atención y tratamiento por el ninguna garantía sobre los efectos de dicho tratamiento.	aprendo que puedo solicitar una copia de este documento en cualquier momento.  el pago de los cargos incurridos en este centro es efectivo y vigente al tiempo que se o continúan siendo responsabilidad mía y que deben ser transferidos a este centro. rometo a pagar todos los costos de honorarios de cobro y /o honorarios de abogados de pagos si visita de compensación de trabajadores no está autorizada como médico asignado, sus asociados o asistentes, y reconozco que no se ha ofrecido  Fecha:
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de American Family Care y com ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y GARANTÍA DE LA CUENTA: Yo asumo total responsabilidad de cualquier servicio recibido y comprendo que recibe el servicio. También comprendo que los cargos no cubiertos por el segure En caso de que mi cuenta sea transferida a una agencia de cobranza, me comp y todos los cargos legales en caso los hubiere. Paciente puede ser responsable reclamo de compensación de trabajadores.  CONSENTIMENTO DEL TRATAMIENTO: Yo, el firmante de este documento, consiento en la atención y tratamiento por el ninguna garantía sobre los efectos de dicho tratamiento.	aprendo que puedo solicitar una copia de este documento en cualquier momento.  el pago de los cargos incurridos en este centro es efectivo y vigente al tiempo que se o continúan siendo responsabilidad mía y que deben ser transferidos a este centro. rometo a pagar todos los costos de honorarios de cobro y /o honorarios de abogados de pagos si visita de compensación de trabajadores no está autorizada como médico asignado, sus asociados o asistentes, y reconozco que no se ha ofrecido  Fecha:
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de American Family Care y com ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y GARANTÍA DE LA CUENTA: Yo asumo total responsabilidad de cualquier servicio recibido y comprendo que recibe el servicio. También comprendo que los cargos no cubiertos por el segure En caso de que mi cuenta sea transferida a una agencia de cobranza, me comp y todos los cargos legales en caso los hubiere. Paciente puede ser responsable reclamo de compensación de trabajadores.  CONSENTIMENTO DEL TRATAMIENTO: Yo, el firmante de este documento, consiento en la atención y tratamiento por el ninguna garantía sobre los efectos de dicho tratamiento.  Firma del Paciente:  Firma del Paciente:  Pirma del Paciente sea m  VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN: Para ser llenado por el personal de	aprendo que puedo solicitar una copia de este documento en cualquier momento.  el pago de los cargos incurridos en este centro es efectivo y vigente al tiempo que se o continúan siendo responsabilidad mía y que deben ser transferidos a este centro. rometo a pagar todos los costos de honorarios de cobro y /o honorarios de abogados de pagos si visita de compensación de trabajadores no está autorizada como médico asignado, sus asociados o asistentes, y reconozco que no se ha ofrecido  Fecha:  **Renor de edad**  **American Family Care**
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:  He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de American Family Care y com  ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y GARANTÍA DE LA CUENTA:  Yo asumo total responsabilidad de cualquier servicio recibido y comprendo que recibe el servicio. También comprendo que los cargos no cubiertos por el segure En caso de que mi cuenta sea transferida a una agencia de cobranza, me comp y todos los cargos legales en caso los hubiere. Paciente puede ser responsable reclamo de compensación de trabajadores.  CONSENTIMENTO DEL TRATAMIENTO: Yo, el firmante de este documento, consiento en la atención y tratamiento por el ninguna garantía sobre los efectos de dicho tratamiento.  Firma del Paciente:  Firma del Paciente/Responsable (en caso el paciente sea m  VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN: Para ser llenado por el personal de VERIFICATION INFORMATION: To be completed by AFC fronte	aprendo que puedo solicitar una copia de este documento en cualquier momento.  el pago de los cargos incurridos en este centro es efectivo y vigente al tiempo que se o continúan siendo responsabilidad mía y que deben ser transferidos a este centro. rometo a pagar todos los costos de honorarios de cobro y /o honorarios de abogados de pagos si visita de compensación de trabajadores no está autorizada como  médico asignado, sus asociados o asistentes, y reconozco que no se ha ofrecido  Fecha:  Lenor de edad)  American Family Care
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de American Family Care y com ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y GARANTÍA DE LA CUENTA: Yo asumo total responsabilidad de cualquier servicio recibido y comprendo que recibe el servicio. También comprendo que los cargos no cubiertos por el segure En caso de que mi cuenta sea transferida a una agencia de cobranza, me comp y todos los cargos legales en caso los hubiere. Paciente puede ser responsable reclamo de compensación de trabajadores.  CONSENTIMENTO DEL TRATAMIENTO: Yo, el firmante de este documento, consiento en la atención y tratamiento por el ninguna garantía sobre los efectos de dicho tratamiento.  Firma del Paciente:  Firma del Paciente/Responsable (en caso el paciente sea m  VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN: Para ser llenado por el personal de VERIFICATION INFORMATION: To be completed by AFC front  AFC Staff Member:	aprendo que puedo solicitar una copia de este documento en cualquier momento.  el pago de los cargos incurridos en este centro es efectivo y vigente al tiempo que se o continúan siendo responsabilidad mía y que deben ser transferidos a este centro. rometo a pagar todos los costos de honorarios de cobro y /o honorarios de abogados de pagos si visita de compensación de trabajadores no está autorizada como  médico asignado, sus asociados o asistentes, y reconozco que no se ha ofrecido  Fecha:  "enor de edad)  American Family Care  t office staff  Verified with:
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:  He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de American Family Care y com  ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y GARANTÍA DE LA CUENTA:  Yo asumo total responsabilidad de cualquier servicio recibido y comprendo que recibe el servicio. También comprendo que los cargos no cubiertos por el segure En caso de que mi cuenta sea transferida a una agencia de cobranza, me comp y todos los cargos legales en caso los hubiere. Paciente puede ser responsable reclamo de compensación de trabajadores.  CONSENTIMENTO DEL TRATAMIENTO: Yo, el firmante de este documento, consiento en la atención y tratamiento por el ninguna garantía sobre los efectos de dicho tratamiento.  VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN: Para ser llenado por el personal de VERIFICATION INFORMATION: To be completed by AFC front AFC Staff Member:  Work Comp Visit:   Yes  No	prendo que puedo solicitar una copia de este documento en cualquier momento.  el pago de los cargos incurridos en este centro es efectivo y vigente al tiempo que se o continúan siendo responsabilidad mía y que deben ser transferidos a este centro. rometo a pagar todos los costos de honorarios de cobro y /o honorarios de abogados de pagos si visita de compensación de trabajadores no está autorizada como  médico asignado, sus asociados o asistentes, y reconozco que no se ha ofrecido  Fecha:
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de American Family Care y com ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y GARANTÍA DE LA CUENTA: Yo asumo total responsabilidad de cualquier servicio recibido y comprendo que recibe el servicio. También comprendo que los cargos no cubiertos por el segure En caso de que mi cuenta sea transferida a una agencia de cobranza, me comp y todos los cargos legales en caso los hubiere. Paciente puede ser responsable reclamo de compensación de trabajadores.  CONSENTIMENTO DEL TRATAMIENTO: Yo, el firmante de este documento, consiento en la atención y tratamiento por el ninguna garantía sobre los efectos de dicho tratamiento.  Firma del Paciente:  Firma del Paciente/Responsable (en caso el paciente sea m  VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN: Para ser llenado por el personal de VERIFICATION INFORMATION: To be completed by AFC front  AFC Staff Member:	prendo que puedo solicitar una copia de este documento en cualquier momento.  el pago de los cargos incurridos en este centro es efectivo y vigente al tiempo que se o continúan siendo responsabilidad mía y que deben ser transferidos a este centro. rometo a pagar todos los costos de honorarios de cobro y /o honorarios de abogados de pagos si visita de compensación de trabajadores no está autorizada como médico asignado, sus asociados o asistentes, y reconozco que no se ha ofrecido    Fecha:   Fecha:



## Medicina Ocupacional / Compensación del Trabajador Formulario de Registro del Paciente

Torridario de Registro del l'aciente	
NFORMACIÓN DEL PACIENTE:	EMPLEO DEL PACIENTE:
lombre del paciente: Sexo: □M □F	Nombre del Empleador:
echa de nacimiento:	Teléfono del Empleador:
Seguro Social:	Extensión:
Dirección:	Dirección del Empleador:
Ciudad, Estado, Código Postal:	·
eléfono de la casa:	
eléfono celular:	Nombre del Contacto:
Correo electrónico confidencial:	Teléfono del Contacto:
Por regulación gubernamental, requerimos la siguiente información: 🗖 Pre	efiero no responder
dioma preferido:	Raza: □ Indio americano o nativo de Alaska □ Asiático/a
Grupo Etnico: ☐ Hispano o Latino	□ De color o afroamericano/a □ Caucásico/a
□ No Hispano/Latino	☐ Hawaiano/a o de otras islas del Pacífico
= 110 Filopario/ Editio	2 / la fial lora 0 do 5 / do fillad dol 1 dollido
Detalles del accidente:	Hora: DAM. DPM.
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de American Family Care y comprendo de ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y GARANTÍA DE LA CUENTA: Yo asumo total responsabilidad de cualquier servicio recibido y comprendo que el pago o recibe el servicio. También comprendo que los cargos no cubiertos por el seguro continú En caso de que mi cuenta sea transferida a una agencia de cobranza, me comprometo a y todos los cargos legales en caso los hubiere. Paciente puede ser responsable de pago reclamo de compensación de trabajadores.  CONSENTIMENTO DEL TRATAMIENTO: Yo, el firmante de este documento, consiento en la atención y tratamiento por el médico ninguna garantía sobre los efectos de dicho tratamiento.	que puedo solicitar una copia de este documento en cualquier momento.  de los cargos incurridos en este centro es efectivo y vigente al tiempo que se an siendo responsabilidad mía y que deben ser transferidos a este centro. a pagar todos los costos de honorarios de cobro y /o honorarios de abogados as si visita de compensación de trabajadores no está autorizada como
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de American Family Care y comprendo el ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y GARANTÍA DE LA CUENTA: Yo asumo total responsabilidad de cualquier servicio recibido y comprendo que el pago de recibe el servicio. También comprendo que los cargos no cubiertos por el seguro continú En caso de que mi cuenta sea transferida a una agencia de cobranza, me comprometo a y todos los cargos legales en caso los hubiere. Paciente puede ser responsable de pago reclamo de compensación de trabajadores.  CONSENTIMENTO DEL TRATAMIENTO: Yo, el firmante de este documento, consiento en la atención y tratamiento por el médico	que puedo solicitar una copia de este documento en cualquier momento.  de los cargos incurridos en este centro es efectivo y vigente al tiempo que se an siendo responsabilidad mía y que deben ser transferidos a este centro. a pagar todos los costos de honorarios de cobro y /o honorarios de abogados as si visita de compensación de trabajadores no está autorizada como  asignado, sus asociados o asistentes, y reconozco que no se ha ofrecido
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de American Family Care y comprendo el ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y GARANTÍA DE LA CUENTA: Yo asumo total responsabilidad de cualquier servicio recibido y comprendo que el pago o recibe el servicio. También comprendo que los cargos no cubiertos por el seguro continú En caso de que mi cuenta sea transferida a una agencia de cobranza, me comprometo a y todos los cargos legales en caso los hubiere. Paciente puede ser responsable de pago reclamo de compensación de trabajadores.  CONSENTIMENTO DEL TRATAMIENTO: Yo, el firmante de este documento, consiento en la atención y tratamiento por el médico ninguna garantía sobre los efectos de dicho tratamiento.	que puedo solicitar una copia de este documento en cualquier momento.  de los cargos incurridos en este centro es efectivo y vigente al tiempo que se an siendo responsabilidad mía y que deben ser transferidos a este centro. a pagar todos los costos de honorarios de cobro y /o honorarios de abogados as si visita de compensación de trabajadores no está autorizada como  asignado, sus asociados o asistentes, y reconozco que no se ha ofrecido
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de American Family Care y comprendo de ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y GARANTÍA DE LA CUENTA: Yo asumo total responsabilidad de cualquier servicio recibido y comprendo que el pago de recibe el servicio. También comprendo que los cargos no cubiertos por el seguro continú En caso de que mi cuenta sea transferida a una agencia de cobranza, me comprometo a y todos los cargos legales en caso los hubiere. Paciente puede ser responsable de pago reclamo de compensación de trabajadores.  CONSENTIMENTO DEL TRATAMIENTO: Yo, el firmante de este documento, consiento en la atención y tratamiento por el médico ninguna garantía sobre los efectos de dicho tratamiento.	que puedo solicitar una copia de este documento en cualquier momento.  de los cargos incurridos en este centro es efectivo y vigente al tiempo que se an siendo responsabilidad mía y que deben ser transferidos a este centro.  a pagar todos los costos de honorarios de cobro y /o honorarios de abogados se si visita de compensación de trabajadores no está autorizada como asignado, sus asociados o asistentes, y reconozco que no se ha ofrecido  Fecha:
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:  He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de American Family Care y comprendo de ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y GARANTÍA DE LA CUENTA:  Yo asumo total responsabilidad de cualquier servicio recibido y comprendo que el pago o recibe el servicio. También comprendo que los cargos no cubiertos por el seguro continú En caso de que mi cuenta sea transferida a una agencia de cobranza, me comprometo a y todos los cargos legales en caso los hubiere. Paciente puede ser responsable de pago reclamo de compensación de trabajadores.  CONSENTIMENTO DEL TRATAMIENTO:  Yo, el firmante de este documento, consiento en la atención y tratamiento por el médico ninguna garantía sobre los efectos de dicho tratamiento.  Firma del Paciente:  Firma del Paciente sea menor de el VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN: Para ser llenado por el personal de America.	que puedo solicitar una copia de este documento en cualquier momento.  de los cargos incurridos en este centro es efectivo y vigente al tiempo que se an siendo responsabilidad mía y que deben ser transferidos a este centro.  a pagar todos los costos de honorarios de cobro y /o honorarios de abogados se si visita de compensación de trabajadores no está autorizada como asignado, sus asociados o asistentes, y reconozco que no se ha ofrecido  Fecha:
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:  He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de American Family Care y comprendo el Asignación de Beneficios y Garantía de La Cuenta:  Yo asumo total responsabilidad de cualquier servicio recibido y comprendo que el pago e recibe el servicio. También comprendo que los cargos no cubiertos por el seguro continú En caso de que mi cuenta sea transferida a una agencia de cobranza, me comprometo a y todos los cargos legales en caso los hubiere. Paciente puede ser responsable de pago reclamo de compensación de trabajadores.  CONSENTIMENTO DEL TRATAMIENTO:  Yo, el firmante de este documento, consiento en la atención y tratamiento por el médico ninguna garantía sobre los efectos de dicho tratamiento.  Firma del Paciente:  Firma del Paciente:  Firma del Paciente/Responsable (en caso el paciente sea menor de el VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN: Para ser llenado por el personal de America VERIFICATION INFORMATION: To be completed by AFC front office se AFC Staff Member:	que puedo solicitar una copia de este documento en cualquier momento.  de los cargos incurridos en este centro es efectivo y vigente al tiempo que se an siendo responsabilidad mía y que deben ser transferidos a este centro. a pagar todos los costos de honorarios de cobro y /o honorarios de abogados se si visita de compensación de trabajadores no está autorizada como asignado, sus asociados o asistentes, y reconozco que no se ha ofrecido  Fecha:  dad)  Fecha:  dad  Verified with:
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de American Family Care y comprendo de ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y GARANTÍA DE LA CUENTA: Yo asumo total responsabilidad de cualquier servicio recibido y comprendo que el pago de recibe el servicio. También comprendo que los cargos no cubiertos por el seguro continú En caso de que mi cuenta sea transferida a una agencia de cobranza, me comprometo a y todos los cargos legales en caso los hubiere. Paciente puede ser responsable de pago reclamo de compensación de trabajadores.  CONSENTIMENTO DEL TRATAMIENTO: Yo, el firmante de este documento, consiento en la atención y tratamiento por el médico ninguna garantía sobre los efectos de dicho tratamiento.  Firma del Paciente:  Firma del Paciente/Responsable (en caso el paciente sea menor de el VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN: Para ser llenado por el personal de America VERIFICATION INFORMATION: To be completed by AFC front office se superioria de la complete de	que puedo solicitar una copia de este documento en cualquier momento.  de los cargos incurridos en este centro es efectivo y vigente al tiempo que se lan siendo responsabilidad mía y que deben ser transferidos a este centro. a pagar todos los costos de honorarios de cobro y /o honorarios de abogados is si visita de compensación de trabajadores no está autorizada como  asignado, sus asociados o asistentes, y reconozco que no se ha ofrecido  Fecha:  dad)  The Family Care  staff  Verified with:  Responsible Party:
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de American Family Care y comprendo de ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y GARANTÍA DE LA CUENTA: Yo asumo total responsabilidad de cualquier servicio recibido y comprendo que el pago o recibe el servicio. También comprendo que los cargos no cubiertos por el seguro continú En caso de que mi cuenta sea transferida a una agencia de cobranza, me comprometo a y todos los cargos legales en caso los hubiere. Paciente puede ser responsable de pago reclamo de compensación de trabajadores.  CONSENTIMENTO DEL TRATAMIENTO: Yo, el firmante de este documento, consiento en la atención y tratamiento por el médico ninguna garantía sobre los efectos de dicho tratamiento.  Firma del Paciente:  Firma del Paciente/Responsable (en caso el paciente sea menor de el VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN: Para ser llenado por el personal de America VERIFICATION INFORMATION: To be completed by AFC front office se AFC Staff Member:  Work Comp Visit:   Yes  No	que puedo solicitar una copia de este documento en cualquier momento.  de los cargos incurridos en este centro es efectivo y vigente al tiempo que se an siendo responsabilidad mía y que deben ser transferidos a este centro. a pagar todos los costos de honorarios de cobro y /o honorarios de abogados es si visita de compensación de trabajadores no está autorizada como assignado, sus asociados o asistentes, y reconozco que no se ha ofrecido

Updated 6-24-19