



Medicina Ocupacional / Compensación del Trabajador

Formulario de Registro del Paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____ Sexo: ☐ M ☐ F

Fecha de nacimiento: _____

Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono de la casa: _____

Teléfono celular: _____

Correo electrónico confidencial: _____

EMPLEO DEL PACIENTE:

Nombre del Empleador: _____

Teléfono del Empleador: _____

Extensión: _____

Dirección del Empleador: _____

Nombre del Contacto: _____

Teléfono del Contacto: _____

Por regulación gubernamental, requerimos la siguiente información: ☐ Prefiero no responder

Idioma preferido: _____ Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático/a

Grupo Étnico: ☐ Hispano o Latino ☐ De color o afroamericano/a ☐ Caucásico/a

☐ No Hispano/Latino ☐ Hawaiano/a o de otras islas del Pacífico

DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN O ENFERMEDAD: *para ser llenado por el paciente*

Día y hora de la lesión: _____ Hora: _____ ☐ AM. ☐ PM.

Detalles del accidente: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de American Family Care y comprendo que puedo solicitar una copia de este documento en cualquier momento.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y GARANTÍA DE LA CUENTA:

Yo asumo total responsabilidad de cualquier servicio recibido y comprendo que el pago de los cargos incurridos en este centro es efectivo y vigente al tiempo que se recibe el servicio. También comprendo que los cargos no cubiertos por el seguro continúan siendo responsabilidad mía y que deben ser transferidos a este centro. En caso de que mi cuenta sea transferida a una agencia de cobranza, me comprometo a pagar todos los costos de honorarios de cobro y /o honorarios de abogados y todos los cargos legales en caso los hubiere. Paciente puede ser responsable de pagos si visita de compensación de trabajadores no está autorizada como reclamo de compensación de trabajadores.

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO:

Yo, el firmante de este documento, consiento en la atención y tratamiento por el médico asignado, sus asociados o asistentes, y reconozco que no se ha ofrecido ninguna garantía sobre los efectos de dicho tratamiento.

Firma del Paciente: _____

Firma del Paciente/Responsable (en caso el paciente sea menor de edad)

Fecha: _____

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN: *Para ser llenado por el personal de American Family Care*

VERIFICATION INFORMATION: *To be completed by AFC front office staff*

AFC Staff Member: _____ Verified with: _____

Work Comp Visit: ☐ Yes ☐ No Responsible Party: _____

Occ Med Visit: ☐ Yes ☐ No Drug Screen Required: ☐ Yes ☐ No

Is verification prior to treatment necessary according to the employer face sheet? ☐ Yes ☐ No

Special Instructions: _____



Medicina Ocupacional / Compensación del Trabajador

Formulario de Registro del Paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____ Sexo: ☐ M ☐ F

Fecha de nacimiento: _____

Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono de la casa: _____

Teléfono celular: _____

Correo electrónico confidencial: _____

EMPLEO DEL PACIENTE:

Nombre del Empleador: _____

Teléfono del Empleador: _____

Extensión: _____

Dirección del Empleador: _____

Nombre del Contacto: _____

Teléfono del Contacto: _____

Por regulación gubernamental, requerimos la siguiente información: ☐ Prefiero no responder

Idioma preferido: _____ Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático/a

Grupo Étnico: ☐ Hispano o Latino ☐ De color o afroamericano/a ☐ Caucásico/a

☐ No Hispano/Latino ☐ Hawaiano/a o de otras islas del Pacífico

DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN O ENFERMEDAD: *para ser llenado por el paciente*

Día y hora de la lesión: _____ Hora: _____ ☐ AM. ☐ PM.

Detalles del accidente: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de American Family Care y comprendo que puedo solicitar una copia de este documento en cualquier momento.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y GARANTÍA DE LA CUENTA:

Yo asumo total responsabilidad de cualquier servicio recibido y comprendo que el pago de los cargos incurridos en este centro es efectivo y vigente al tiempo que se recibe el servicio. También comprendo que los cargos no cubiertos por el seguro continúan siendo responsabilidad mía y que deben ser transferidos a este centro. En caso de que mi cuenta sea transferida a una agencia de cobranza, me comprometo a pagar todos los costos de honorarios de cobro y /o honorarios de abogados y todos los cargos legales en caso los hubiere. Paciente puede ser responsable de pagos si visita de compensación de trabajadores no está autorizada como reclamo de compensación de trabajadores.

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO:

Yo, el firmante de este documento, consiento en la atención y tratamiento por el médico asignado, sus asociados o asistentes, y reconozco que no se ha ofrecido ninguna garantía sobre los efectos de dicho tratamiento.

Firma del Paciente: _____

Firma del Paciente/Responsable (en caso el paciente sea menor de edad)

Fecha: _____

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN: *Para ser llenado por el personal de American Family Care*

VERIFICATION INFORMATION: *To be completed by AFC front office staff*

AFC Staff Member: _____ Verified with: _____

Work Comp Visit: ☐ Yes ☐ No Responsible Party: _____

Occ Med Visit: ☐ Yes ☐ No Drug Screen Required: ☐ Yes ☐ No

Is verification prior to treatment necessary according to the employer face sheet? ☐ Yes ☐ No

Special Instructions: _____
