

## Rocky Mountain Family Practice

Lisa Zwerdlinger, MD  
Amy King, PA-C  
Jennifer Pence, PA-C

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Paciente Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente \_\_\_\_\_ inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Hembra

Raza / origen étnico:  caucásico  Hispano  asiático

afroamericano  Nativo americano  Otro  Negarse a prestar /  
Desconocido

Lenguaje primario:  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

Número de seguridad social.:	Teléfono de su casa sin.: ( ) -	Teléfono celular sin.: ( ) -	Correo electrónico
------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--------------------

### INFORMACIÓN DEL SEGURO

(Por favor, dar su tarjeta de seguro a la recepcionista.)

Persona responsable de la factura:  Si SELF comprueba aquí

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección (si es diferente): \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros primaria: <input type="checkbox"/> Auto pago _____ número de póliza: _____ número de grupo. _____	Nombre del Asegurado / Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Si uno mismo, cheque aquí Apellido: _____ Nombre: _____ Relación: _____ del Asegurado Fecha de Nacimiento: _____
Asegurador secundario: _____ número de póliza. _____ número de grupo _____	Nombre del Asegurado / Relación con el paciente: Apellido: _____ Nombre: _____ Relación: _____ del Asegurado Fecha de Nacimiento: _____

Preferencia de laboratorio:  Quest Diagnostics  LabCorp  Marque aquí si no se conoce

### EN CASO DE EMERGENCIA

Apellido: _____ Primer Nombre: _____	Relación con el paciente:	Número de teléfono de casa: ( ) -	Número de teléfono del trabajo: ( ) -
Apellido: _____ Primer Nombre: _____	Relación con el paciente	Número de teléfono de casa: ( ) -	Número de teléfono del trabajo: ( ) -

### CONSENTIMIENTO COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

Es posible que tengamos que pinernos en contacto con usted en respecto a su atención medica. este es el reconocimiento de que usted autoriza a Rocky Mountain Family Practice para:

Deja un mensaje detallado en la máquina de teléfono de su casa  Deja un mensaje de correo de voz se detalla en el teléfono celular personal  Transmitir y recibir mensajes a través de nuestro Portal del Paciente seguro  Mensaje de texto seguro

### CONSENTIMIENTO MÉDICO ALTERNOS

A excepción de emergencias que amenazan la vida, no somos capaces de tratar a su hijo menor de edad a menos que él o ella se acompaña a nuestra oficina por un padre, tutor legal o adulto autorizado. Con el fin de designar a un adulto para llevar a su hijo en nuestra oficina de atención médica en su ausencia, debe tener los siguientes rellenado y firmado, y en el archivo para cada adulto designado para cada uno de sus hijos. Los hijos menores de informes para una cita sin un padre, tutor

## Rocky Mountain Family Practice

Lisa Zwerdinger, MD  
Amy King, PA-C  
Jennifer Pence, PA-C

legal, pueden necesitar ser reprogramado un adulto nombrado en una forma designada firmado o una nota firmada por uno de los padres.

Autorizo a la siguiente persona (s) para llevar a mi hijo a las citas:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Doy fe de que el individuo nombrado arriba (s) son los 18 años de edad o más a partir de esta fecha. Autorizo a la persona nombrada anteriormente (s) de dar su consentimiento al tratamiento de mis hijos. Esto puede incluir, pero no se limitan a, el consentimiento de los medicamentos necesarios, vacunas, procedimientos y hospitalizaciones. Esta práctica puede transmitir cualquier información médica sobre mi hijo necesario que el individuo nombrado arriba (s) para dar su consentimiento informado para el tratamiento. Yo entiendo que el médico le comunicar sus conclusiones y plan de tratamiento para el cuidador que trae en el niño, y que en la mayoría de las circunstancias, una continuación de atención para mí, personalmente, no debería ser necesario. Estoy de acuerdo en mantener Rocky Mountain Family Practice y su personal inofensivo para cualquier desacuerdo entre el individuo nombrado arriba (s) y yo con respecto a las decisiones de tratamiento..

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / Guardián legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

### AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAR LA POLÍTICA / FINANCIERO

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Si hay cambios en esta información, voy a actualizar mi acuerdo financiero con RMFP. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. He leído y entendido toda la política financiera de Rocky Mountain Family Practice y estoy de acuerdo con sus directrices sin excepción. Al firmar a entender las políticas y acepta cumplir con los términos que se detallan en su interior. Autorización y consentimiento para el tratamiento de: Doy mi consentimiento y autorizan la administración de todos los tratamientos que se pueden considerar conveniente o necesario a juicio del Rocky Mountain Family Practice's proveedores.

### POLÍTICA DE NO PAGO

No vamos a llevar un equilibrio durante más de 60 días. Después de 60 días, se desactivará su cuenta (también nos reservamos el derecho de inactivar miembros de la familia para quien usted es responsable financieramente así), y su cuenta se tira para su revisión colección. En ese momento usted recibirá una llamada telefónica de cortesía que le recuerda de su saldo, que ofrece un plan de pago y la disponibilidad para una fecha límite para el pago antes de que su cuenta sea transferida a una agencia de colección exterior. Para cualquier cuenta que es más de 60 días de mora, se requiere que un mínimo de \$ 40 se hizo hacia cualquier saldo, además de cualquier co-pago o depósito de alto deducible (si es aplicable), con el fin de ser visto por Rocky Mountain Family Practice. Una cuota de \$ 25 se cargará si su cuenta se transfiriere a las colecciones.

### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Doy mi consentimiento para la divulgación de información a las compañías de seguros, agencias u otras partes con un bona fide, el interés pertinente a efectos del pago de la reclamación. Por la presente cedo beneficios médicos de otro modo pagadero a mí para Rocky Mountain Family Practice of Leadville, PC. Entiendo y acepto que soy financieramente responsable de todos los copagos, deducibles, co-seguro y los servicios no cubiertos por el seguro. Reconozco que toda la información contenida en este formulario es verdadera y exacta. Si hay cambios en esta información, es mi responsabilidad de proporcionar información oportuna actualizado para Rocky Mountain Family Practice.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / Guardián legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del Garante

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente si es diferente de garante

### PACIENTES DE MEDICARE

*\* Por favor, consulte con nosotros para obtener una forma adicional que necesita ser completado.*

Medicare & Champus Long Term Authorization:

Solicito el pago de beneficios autorizados de Medicare hacerse ya sea a mí o en mi nombre por los servicios proporcionados a mí por RMFP. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí para liberar la Health Care Financing Administration y su agente toda la información necesaria para determinar sus beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios prestados.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / Guardián legal

\_\_\_\_\_  
Fecha