



EQUALITY CARE CENTER™

4220 North 20th Avenue Phoenix, AZ 85015
3306 W. Roosevelt St. Phoenix, AZ 85009

Chart #: _____

INFORMACIÓN DE PACIENTE Y ASEGURANZA

Información Del Paciente:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Seguro Social: _____ Sexo: Hombre Mujer

Telefónico: () _____ Otro #: () _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Estatus Civil: _____ Nombre Del Cónyuge: _____

Raza/Etnicidad:

Afro-Americano Nativo Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawái o otra Isla Pacífica

Blanco Asiático Hispano o Latino No Hispano o Latino

Idioma Principal: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____ # Telefónico: _____

Aseguraza Primaria:

Compañía de Aseguraza: _____ Nombre de poseedor de póliza: _____

#SS: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación con el Paciente: _____

Numero de póliza: _____ #de Grupo: _____ Numero de Beneficios: () _____

Aseguraza Secundaria:

Compañía de Aseguraza: _____ Nombre de poseedor de póliza: _____

#SS: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación con el Paciente: _____

Numero de póliza: _____ #de Grupo: _____ Numero de Beneficios: () _____

Autorización de Aseguraza:

Yo autorizo a Equality Care Center que proporcione inforamción a mi aseguraza acerca de mis padecimientos y tratamientos.

Asignación de Beneficios:

Yo autorizo todos los pagos asignados a Equality Care Center por los servicios médicos míos o de mis dependientes.
Yo comprendo que soy responsable por cualquier cantidad no cubierta por mi aseguraza.

Autorización de Tratamiento:

Yo autorizo a Equality Care Center para que provea tratamiento a mi y a mis dependientes.

Autorización para comunicaciones electrónicas:

Con la presente autorizo a Equality Care Center para que se comuniquen conmigo por medio de correo electrónico o mensajes de texto para mis citas y / o tratamientos. Soy consciente de que las comunicaciones electrónicas pueden no ser seguras.



EQUALITY CARE CENTER™

4220 North 20th Avenue Phoenix, AZ 85015
3306 W. Roosevelt St. Phoenix, AZ 85009

Chart #: _____

INFORMACIÓN DE PACIENTE Y ASEGURANZA

Co-pago de Asegurancia, Deducibles, y Co-asegurancia:

Yo comprendo que la cantidad de co-pago, deducible, y co-asegurancia son requeridos antes de cualquier servicio. Esto es de acuerdo con el contrato con mi asegurancia. Los requerimientos de este contrato afirman que el pago es requerido al tiempo de cualquier servicio. Puede que sea necesario posponer la cita si el co-pago, deducible, o co-asegurancia no han sido pagados.

Cambios con mi Asegurancia:

Yo debo notificar inmediatamente a Equality Care Center si hay algún cambio, o si tengo nueva asegurancia. Cualquier costo adquirido erróneamente por esta oficina como resultado de información incorrecta esta su responsabilidad financiera.

Cancelaciones Tarde, Cancelaciones, o Ausencias:

Equality Care Center exigir una notificación de 24 horas antes para cancelar o posponer una cita. Pedimos que sean tan amables para seguir las pólizas de cancelación para que todos los individuos que ocupan atención medica puedan ser atendidos. Si la póliza de cancelación no es seguida como corresponde, usted perderá el privilegio de hacer citas. Tendrá que ser atendido solo sin citas.

Derechos del paciente:

Reconozco, que recibí, he leído y entiendo la notificación y Aviso de las practicas de Información de Salud con respecto a mi proveedor de salud y su participación en el (Intercambio de información de salud estatal(HIE)) o (Health Current), o he recibido anteriormente esta información y rechazado otra copia.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____ ECC Testigo: _____