



564 E. Woolbright Road
Boynton Beach, FL 33435

Telefono: (561) 735-6533
Fax: (561) 735-7739

Informacion del Paciente:

Cual es la razon de su visita? _____

Nombre : _____ Numero. de Seguro Social: _____

Estado Marital : Soltero Divorciado/Separado Casado Viudo Concubina (o)

Fecha de Nacimiento: _____ Genero: Masculino Femenino

Raza: Indio Americano o nativo de Alasca Asian Negro o Africano Americano Etnicidad : Hispano o Latino

Nativo Hawaino o De las islas Pacificas Blanco Otra No-Hispano o Latino

Direccion _____ Apto: _____ Telefono: (_____) _____

Ciudad/ Estado: _____Codigo Postal _____ Otro Telefono: (_____) _____

Empleador _____ Ocupacion: _____

Direccion _____ Ciudad/ Estado: _____

Codigo Postal _____ Telefono del trabajo: (_____) _____

Nombre del esposo(a) _____ Telefono: (_____) _____

Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Telefono de trabajo (_____) _____

Seguro de Salud _____ # Poliza _____

Otro seguro de Salud _____ # Poliza _____

Guardian responsable por menor: (Custodia parental si el paciente es menor de 18 anos)

Nombre Legal: _____ SR SRA SRTA

Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Direccion _____ Apto: _____ Telefono: (_____) _____

Ciudad/Estado: _____Codigo Postal _____ Telefono: (_____) _____

**En Caso de emergencia a quien contactar: _____ Relacion con el paciente: _____

Telefono de trabajo (_____) _____ Telefono principal:(_____) _____

Como escucho de Genesis Community Health?

Familia/Amigos Plan de Salud Radio Periodico Internet Libro de telefono

Localizacion Referencia de Doctor Feria de Salud Referido por si mismo Otro: _____



POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE CUIDADOSAMENTE

TODOS LOS CARGOS DE LOS CENTROS DE SALUD VENCEN A LOS 30 DIAS LUEGO DE ENVIARSE EL ESTADO DE CUENTA.

El centro de Salud le enviara el estado de cuenta a la compania de seguro. Por favor verifique que su compania de seguro es uno de ellos. Los reclamos de la compania de seguros seran llenados como una cortesia para usted sin cargo alguno. El Centro de salud no acepta responsabilidad por colectar su reclamo o negociar algun acuerdo con su reclamo.

Los co pagos son pagados en el momento de la cita. Si no viene preparado para pagar, es posible que le cargen un pago adicional.

Usted es responsable directamente con el centro de salud por el pago de la cuenta en el tiempo estimado, sin importar el estado de reclamo con la compania de seguros.

Si usted no tiene seguro medico, nosotros ofrecemos una escala de precios que varian de acuerdo a su salario e ingresos mensuales verificables. Si necesita mas informacion por favor contacte la recepcionista.

Genesis Community Health puede hacer un cargo por perder una cita. Es necesario llamar 24 horas antes para cancelar una cita o volver a hacer una cita nueva.

*** Balances de mas de 90 dias tendran un cargo de 5 dolares por mes hasta que la cuenta este completamente pagada.

Yo autorizo la verificacion de mi historia medica necesaria para procesar el reclamo de salud. Yo autorizo los pagos medicos para Genesis Community Health. Yo entiendo que soy economicamente responsable por los cargos no cubiertos por mi seguro medico para Genesis Community Health.

Yo entiendo que toda la informacion anterior es verdadera y acepto completa responsabilidad por el pago completo de mi cuenta.

Firma del paciente o guardian: _____ Relacion con el paciente: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____