



<b>Información del Paciente:</b>			
[ ] Sr. [ ] Sra. [ ] Srta. [ ] Dr.		Dirección electrónica: _____	
Nombre(s)		Apellido	
Dirección		Ciudad	Estado Codigo Postal
Teléfonos: Casa:		Trabajo:	Seguro Social #:
Fecha de nacimiento	Edad	Sexo: [ ] M [ ] F	Estado Civil: [ ] Soltero(a) [ ] Casado(a) [ ] Divorciado(a) [ ] Viudo(a) Nombre de su Pareja:
Lugar de empleo		Ocupación	
Dirección del trabajo		Ciudad	Estado Codigo Postal

<b>Responsabilidad Fiscal:</b> (si no es el mismo paciente)			
Nombre(s)		Apellido	
Dirección		Ciudad	Estado Codigo Postal
Teléfonos: Casa:		Trabajo:	Seguro Social #:
Lugar de empleo		Ocupación	
Dirección del trabajo		Ciudad	Estado Codigo Postal

<b>Información del Seguro Médico:</b> (Favor de presentar su tarjeta del seguro a la recepcionista)			
Compañía de Seguro (primario)		Teléfono	
Dirección		Ciudad	Estado Codigo Postal
Nombre del asegurado	Numero de Identificación:	Grupo #:	Fecha de Nacimiento:
Compañía de Seguro (secundario)		Teléfono	
Dirección		Ciudad	Estado Codigo Postal
Nombre del asegurado	Numero de Identificación:	Grupo #:	Fecha de Nacimiento:

<b>A quien notificar en caso de emergencia:</b>				
1. Nombre:	Dirección	Ciudad	Estado	Telefono
2. Nombre:	Dirección	Ciudad	Estado	Telefono

<b>Información Médica:</b>	
Síntomas o razón de su visita:	
Médico que lo mandó acá	Se le tomaron radiografías? [ ] si [ ] no

Como fué que oió de nuestros doctores? [ ] Feria de salud [ ] La television [ ] El radio [ ] Las páginas amarillas [ ] El periódico [ ] Del hospital [ ] De otro doctor [ ] De un amigo [ ] De un familiar [ ] Otro :	
---	--

Firma del paciente o tutor legal:	Fecha:
-----------------------------------	--------



**MEDICARE**

1. Urology Associates of South Texas acepta el pago asignado por Medicare (80%). Usted (si no tiene Medicaid) es responsable de los primeros \$100.00 de cada año y del 20% de precio que Medicare concede.
2. Urology Associates of South Texas no manda la cuenta a seguros secundarios solo cuando este se suplemente con el medicare. Haremos una copia de la credencial y esperamos por el pago directo de la compañía del seguro secundario.

**PAGO PRIVADO (FALTA DE MEDICARE O SEGURO)**

3. Esperamos ser pagados al momento de dar el servicio. Aceptamos moneda corriente, cheques, Visa, Mastercard, American Express, y Discover. Damos facilidades de pago.

**SEGURO PRIVADO (MECANISMOS DE PAGO)**

4. Usted tiene dos opciones:
  - a. Pago al paciente – el seguro le manda el dinero a usted; en cuyo caso usted debe de pagar a Urology Associates of South Texas al momento de recibir el servicio
  - b. Asignación de beneficios – el paciente autoriza a la compañía de seguros a mandar el pago directamente a Urology Associates of South Texas

**MEDICARE**

5. Las mismas opciones que en el inciso 4. Además al firmar en esta hoja autorizo a Urology Associates of South Texas a facilitar cualquier información sobre mi condición a la Social Security Administration o a sus organismos auxiliares (intermediarios). También autorizo que una copia de esta autorización valga para dichos trámites.

**AUTORIZACION DE PROVEER INFORMACION SOBRE MI CONDICION CUBIERTA POR EL MEDICARE**

6. Asimismo al firmar autorizo a Urology Associates of South Texas a facilitar dicha información a la Social Security Administration y a la Health Care Financial Administration o a sus encomenderos. También autorizo que una copia del original pueda ser usada en lugar del original.

**HIPPA STATEMENT (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT OF 1996)**

7. Su expediente todo o en parte tiene que pasar por diferentes manos en la clínica tanto personal de enfermería como de administración antes y ahora por ley el mas absoluto secreto es obligatorio.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA