



**POR FAVOR COMPLETE EL SIGUIENTE INFORMACIÓN  
(EN LETRA DE IMPRENTA clara y legible)**

FECHA: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA VISITA: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

PACIENTE APELLIDO : \_\_\_\_\_ PRIMERA : \_\_\_\_\_ MI : \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN : \_\_\_\_\_ APT #: \_\_\_\_\_

CIUDAD : \_\_\_\_\_ ESTADO : \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CONTACTO: CELULAR (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ INICIO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

SEGURIDAD SOCIAL #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ SEXO:  M  F FECHA DE NAC: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_

PADRE O TUTOR (si el paciente es menor de edad) : \_\_\_\_\_

Dirección (SI ES DIFERENTE): \_\_\_\_\_

CIUDAD : \_\_\_\_\_ ESTADO : \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CONTACTO: CELULAR (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ INICIO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CONTACTO: CELULAR (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ INICIO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

EN EL CASO DE UNA EMERGENCIA, NO TENEMOS EL PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN  
RELACIONADA CON LA SALUD CON LA PERSONA QUE APARECE ARRIBA?  SI  NO

**POR FAVOR PRESENTE SU TARJETA A LA RECEPCIONISTA. (S), ÉL LE ACONSEJARÁ SI ACEPTAMOS  
SU SEGURO Y HACER UNA COPIA DE SU TARJETA DE NUESTROS ARCHIVOS.**

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: \_\_\_\_\_

DEL SUSCRIPTOR: \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO DE ASEGURADO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ID # / POLÍTICA # \_\_\_\_\_ GRUPO # \_\_\_\_\_

Sólo para uso oficial

Date of Last Visit: \_\_\_\_\_

Copy of Insurance Card:  Yes

Copy of ID:  Yes



---

**Le estamos proporcionando esta información para que estén plenamente informados de nuestras políticas de pago.**

Paciente con seguro:

- vamos a presentar su reclamo directamente a su compañía de seguros, sin embargo, si estos se niegan los servicios que usted será plenamente responsable de pago para incluir cualquier otro gasto relacionado con la aplicación de este acuerdo, los gastos de recaudación y los honorarios razonables de abogados.
- se espera que su compañía de seguros no podrán pagar por los servicios de rutina, tales como vacunas contra la gripe, vacunas, exámenes físicos, enfermedades dentales y otros servicios no relacionados con una enfermedad aguda o lesiones.
- vamos a recoger un co-pago de \$ 25.00 (a menos que se indique lo contrario en su tarjeta de seguro) en el momento de la inscripción.

Asignación de Beneficios

- Por la presente asigno todos los beneficios médicos a los que tengo derecho a Inova Centro de Atención Urgente. Esto se aplica a todas las compañías de seguros, incluyendo Medicare, seguro privado, y cualquier otra de salud o plan médico.
- Entiendo que es mi responsabilidad de informar cualquier cambio en la cobertura del seguro.
- Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica o pertinentes necesarios para obtener estos beneficios a mi compañía de seguros, o cualquier otra entidad médica para la atención médica continua.
- Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier monto no cubierto por mi plan de seguro.

---

Auto pagar paciente:

- una cuota de \$ 193.00 se recogerán a partir de nuevos pacientes en el momento del check-in
- una cuota de \$ 187.00 se recogerán a partir de pacientes establecidos en el momento del check-in. (pacientes de plantilla son los que han sido tratados en un Centro de Atención Urgente Inova el plazo de 3 años a partir de la fecha de hoy).

El Personal de Registro verificará su estado anterior a recoger su pago.

Cualquier cargo adicional que se haya incurrido durante su visita se recogerán antes de su salida de la instalación o facturados a usted directamente.

---

Paciente / Garante Firma

Fecha

**GRACIAS POR ELEGIR UN CENTRO DE ATENCIÓN INOVA URGENTE!**