



“HACEMOS COSAS ORDINARIAS, EXTRAORDINARIAMENTE BIEN”

Nombre del Paciente: _____

Estado Civil: { } Casada { } Soltera { } Divorciada { } Viuda { } Separada { } Otro

Numero social: _____ Fecha de nacimiento: _____ E-Mail: _____

Numeros de telefono: Trabajo: _____ Celular: _____ Casa: _____

Direccion: _____ Ciudad/Estado/codigo postal _____

Condicion de empleo: { } Empleado { } Estudiante Tiempo Completo { } Estudiante parcial { } Jubilado { } Negocio propio { } Desempleado

Compania que lo Emplea: _____ Ocupacion: _____

Nombre de contacto(en caso de emergencia): _____ Numero de telefono: _____

Proveedor que lo recomienda: _____

INFORMACION SOBRE LA PERSONA RESPONSIBLE

Persona responsable: _____ { } Femenino { } Masculino Numero social: _____

E-mail: _____

Numeros de telefono: Trabajo: _____ Celular: _____ Casa: _____

Direccion: _____ Ciudad/Estado/Codigo Postal _____

Condicion de empleo: { } Empleado { } Estudiante Tiempo Completo { } Estudiante parcial { } Jubilado { } Negocio propio { } Desempleado

Compania que lo emplea: _____ Ocupacion: _____

Relacion con el paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

INFORMACION SOBRE SEGURO (POR FAVOR PROPORCIONE SU TARJETA DEL SEGURO MEDICO)

Nombre de la Persona que proporciona el Seguro Medico: _____ Relacion con paciente _____

Numero social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Compania Aseguradora/Numero de Telefono: _____

Numero ID(numero de poliza): _____ Numero ID del grupo: _____ Pago por consulta: _____

Fecha de validez y vencimiento: _____ Direccion de la compania: _____

Seguro secundario

Nombre de la Persona que proporciona el Seguro Medico: _____ Relacion con paciente: _____

Numero social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Compania Aseguradora/Numero de Telefono/Direccion: _____

Numero ID(numero de poliza): _____ Numero ID del grupo: _____ Pago por consulta: _____

Fecha de validez y vencimiento: _____

DE ACUERDO A MI MEJOR CONOCIMIENTO, LA INFORMACION PROPORCIONADA EN ESTA FORMA ES CORRECTA Y ACTUALIZADA.

Firma de paciente(o responsable): _____ **Fecha:** _____

Como se informo de nuestra oficina: _____

Prorroga para la comprobación de la cobertura del seguro

Comprendo que mi derecho a cobertura a través de (nombre de la compañía de seguro) no puede ser confirmado en este momento. Quiero recibir cuidado médico por parte de el Dr. Patrick Ellis. Si se determina que no tengo derecho a dicha cobertura, entiendo que tengo la responsabilidad de pagar por los servicios que reciba.

Firma del Paciente/Acudiente legal: _____.

Fecha: _____

Permiso para el tratamiento

Yo (o mi padre o acudiente legal) autorizo al Dr. Patrick Ellis, para que me suministre un cuidado médico que sea razonable según los estándares actuales.

Firma del Paciente/Acudiente legal: _____.

Fecha: _____

Autorización para el suministro de información

Autorizo al Dr. Patrick Ellis M.D. para que le comunicó a mi compañía de seguro médico, Medicare u otra tercera entidad pagadora toda la información médica que ellos soliciten (incluyendo, entre otros, información sobre condiciones psiquiátricas, anemia, abuso de alcohol y drogas, VIH u otras enfermedades contagiosas). Autorizo al Dr. Patrick Ellis para que contacte a mi compañía de seguro de salud o al administrador de mi plan de salud y para que obtenga toda la información financiera pertinente relacionada con el cubrimiento y los pagos de acuerdo con mi póliza de salud. Le solicito a mi compañía de seguro de salud o al administrador de mi plan de salud que le comunicó toda esta información al Dr. Patrick Ellis.

Acepto que estas provisiones continúen vigentes hasta que yo le envíe una revocación escrita al Dr. Patrick Ellis.

Firma del Paciente/Acudiente legal: _____.

Fecha: _____

Asignación de beneficios

Por medio de la presente le asigno al Dr. Patrick Ellis cualquier seguro de salud o beneficios de otro tercer agente que estén disponibles para los servicios médicos que reciba. Comprendo que la Práctica Médica tiene derecho a rehusar o aceptar la asignación de dichos servicios. Si estos beneficios no se le asignan al Dr. Patrick Ellis todos los pagos del seguro u otra tercera entidad que yo reciba por los servicios que me hayan proporcionado.

Firma del Paciente/Acudiente Legal: _____.

Fecha: _____

FARMACIA PREFERIDA: _____



AUTHORIZATION TO RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION

PATIENT NAME: _____

DATE OF BIRTH: _____ SOCIAL SECURITY NUMBER: _____

INFORMATION TO BE RELEASED FROM: (PREVIOUS DOCTOR)

INFORMATION TO BE RELEASED TO:

PATRICK ELLIS M.D.
100 E. ALTON GLOOR STE 300
BROWNSVILLE, TX 78526
PHONE: (956) 350-2245 FAX: (956) 350-9557

PURPOSE OF RELEASE OF PHI: CONTINUED CARE

DESCRIPTION OF INFORMATION TO BE RELEASED:

- ✓ PROGRESS NOTES: INCLUDING HISTORY AND PHYSICAL
- ✓ LABORATORY REPORTS(INCLUDING PATHOLOGY REPORTS)
- ✓ RADIOLOGY REPORTS (ULTRASOUNDS/SONOGRAMS, X-RAYS, CT SCANS, MRI)
- ✓ CONSULTATIONS
- ✓ HOSPITAL RECORD: EMERGENCY RECORDS, ADMISSION/REGISTRATION RECORDS, OPERATIVE REPORTS, DISCHARGE SUMMARY)
- ✓ SPECIFIC WORK RELATED FORMS, FMLA, DISABILITY, GENERAL WORK STATUS/RELEASE

I UNDERSTAND THAT:

- ANY INFORMATION THAT WAS NOT GENERATED BY DR. PATRICK ELLIS WILL NOT BE REALEASED AND MUST BE REQUESTED BY THAT FACILITY DIRECTLY.
- THIS AUTHORIZATION WILL EXPIRE BY LAW 180 DAYS FROM THE DATE OF THIS AUTHORIZATION UNLESS I OTHERWISE SPECIFY; I DESIRE THIS AUTHORIZATION TO BE IN EFFECT UNTIL (DATE) _____.
- BY SIGNING THIS FORM I AM AUTHORIZING AT ANY TIME WITH WRITTEN NOTIFICATION, BUT WILL NOT AFFECT INFROMATION THAT HAS ALREADY BEEN RELEASED OR ACTIONS TAKEN PRIOR TO THE WRITTEN REVOCATION. WRITTEN REVOCATION MUST BE SIGNED AND DATED WITH A DATE THAT IS LATER THAN THE DATE OF THIS AUTHORIZATION.
- THERE MAY BE A CHARGE ASSOCIATED WITH THE RELEASE OF INFORMATION SERVICES RENDERED.
- THERE IS NO CHARGE FOR THE RELEASE OF INFORMATION TO OTHER HEALTH CARE FACILITIES.
- I UNDERSTAND THAT THIS AUTHORIZATION IS VOLUNTARY AND I MAY REFUSE TO SIGN IT.

PATIENT SIGNATURE: _____ DATE: _____