



NAME: _____

CHART #: _____

DOB: _____

DATE: _____

LA FORMA DEL REGISTRO

Today's Date: _____

Review Date: _____

FOR REGISTRATION PERSONNEL ONLY – DO NO WRITE IN THIS SPACE

¿Cuales de estos centros ha visitado usted? : (Por favor marque los centros que aplican)

- Savannah Location 765 Florence Rd.
 Savannah Location 105 Davis St
 Adamsville Location 335 US-64
 Saltillo Location 48073 Hwy 69
 Savannah Location 150 East End Dr.
 Clifton Location 207 Main St
 Waynesboro Location 720 TN-99

LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido		Primer Nombre		Inicial del Segundo Nombre		Número de Seguro Social			
Dirección			Ciudad		Estado		Código		Condado
Dirección Postal/ PO Box			Ciudad		Estado		Código		Condado
Teléfono de Casa ()		Teléfono del Trabajo ()		Fecha de Nacimiento		Sexo		Núm. de Licencia de Conducir	
Correo Electronico:									
Relación Con la Persona Responsable									
<input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro									
Estado Civil									
<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a									
Raza									
<input type="checkbox"/> Moreno <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Pacífico Islándico <input type="checkbox"/> No declarado <input type="checkbox"/> Hawaiano									
Idioma Principal									
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro									
Contacto de Emergencia					Teléfono de Emergencia				

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (Escribir la información de la persona responsable de pagar su cuenta)

Apellido		Primer Nombre		Inicial del Segundo Nombre		Número del Seguro Social				
Dirección			Ciudad		Estado		Código		Condado	
Dirección Postal/ PO Box			Ciudad		Estado		Código		Condado	
Teléfono de Casa ()		Teléfono del Trabajo ()		Fecha de Nacimiento		Sexo		Núm. de Licencia de Conducir		Estado Civil
Nombre del Empleador					Dirección y Teléfono del Empleador					

AGRICULTOR

- No
 Temporal
 Emigrante
 Otro
 Campesino Empleado
 Campesino Desempleado
- Con Hogar
 Sin Hogar
 Transitorio
 Otro
 Viviendo con Muchas Personas
 En la Calle

COMPAÑÍA DE SEGURO

Seguro Principal		Número de Identificación		Número del Grupo		Dirección de la Compañía de Seguro	
Nombre del Asegurado		Empleador del Asegurado		Relación con la Persona Responsable			
				<input type="checkbox"/> Uno Mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro			
Seguro Secundario		Número de Identificación		Número del Grupo		Dirección de la Compañía de Seguro	
Nombre del Asegurado		Empleador del Asegurado		Relación con la Persona Responsable			
				<input type="checkbox"/> Uno Mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro			



NAME: _____

CHART #: _____

DOB: _____

DATE: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo por este medio autorizo a **Lifespan Health** a proveer tratamiento medico, quirúrgico, dental y hospital incluido-pero no limitado- a los rayos-x, los exámenes, inyecciones y trabajos de la laboratorio incluyendo, examen opcional para el SIDA según sea recomendado o necesario según el personal profesional.

Firma: _____

Relación con el Paciente: Uno mismo
 Esposo/a
 Padre/Tutor
 Otro _____

LIBERACIÓN GENERAL / CONSIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Yo por este medio garantizo los pagos de todos los gastos incurridos de este paciente incluyendo la transportación y los servicios médicos en cualquier hospital u otra facilidad de un medico y asigno cualquier beneficio para ese paciente a **Lifespan Health**.

Yo autorizo a **Lifespan Health** a proveer de los expedientes la información requerida para el seguro medico de tercer responsable con relación a la "Consignación de Beneficios".

Firma: _____

Relación con el Paciente: Uno mismo
 Esposo/a
 Padre/Tutor
 Otro _____

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DE MEDICARE / CONSIGNACIÓN

Yo certifico que la información dada por mí en aplicar pago bajo el **Título XVIII del Acto de Seguro Social** es correcta. Yo autorizo a quien posee la información medica u otra información acerca de mí a revelar cualquier información según se requiere por este o cualquier cargo de Medicare a la Administración de Seguro Social, o sus intermediarios, o a cualquier tercer responsable adicional por el pago de los beneficios. Yo pido que se haga de mi parte el pago de beneficios autorizados.

Yo asigno el pago por cargos no pagados de visitas medicas a la clínica u hospital por médicos a quien **Lifespan Health** está autorizado a cobrar. Yo entiendo que soy responsable por los deducibles de seguro y co-seguro.

Firma: _____

Relación con el Paciente: Uno mismo
 Esposo/a
 Padre/Tutor
 Otro _____

Favor de Contestar las Preguntas Sigüientes

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Testigo

Fecha