



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

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Emigrante <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Campesino Empleado <input type="checkbox"/> Campesino Desempleado						<input type="checkbox"/> Con Hogar <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Viviendo con Muchas Personas <input type="checkbox"/> 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 responsabl es 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 Siguietes

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Testigo

Fecha