

Servicios Médicos del Condado Amite Registración Del Paciente

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Estado civil: C S V D
Nombre _____ / /			Sexo: H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Seguro Social # _____		Teléfono: Casa () _____		
Dirección: _____		Celular () _____		
Ciudad, Estado, Código Postal _____		Condado _____	Distrito _____	
Correo Electrónico: _____				
Etnicidad del Paciente:				
¿Es Usted Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO / NO INFORMADO				
Rasa del Paciente:				
____ Afro Americano (Negro)	____ Isleño Asiático/ Pacífico	____ Multe Racial		
____ Caucásico (Blanco)	____ Nativo Hawaiano	____ Desconocido		
____ Nativo Americano/Alaska	____ Otro isleño del pacífico			
Identidad de Género		Orientación Sexual:		
____ Hombre		____ Heterosexual (Sexo opuesto)		
____ Mujer		____ Bisexual		
____ Transgénico/Mujer a Hombre		____ Homosexual (Mismo sexo)		
____ Transgénico/Hombre a Mujer		____ Algo Mas		
____ Otro		____ No estoy seguro		
____ Deseo no declarar		____ Deseo no declarar		
Contacto de Emergencia		Relación:	Teléfono () _____	

Nombre del empleador: _____	Dirección _____	Teléfono () _____	
Aseguranza Medica _____	Numero de Póliza _____	Numero de cuenta _____	
Farmacia _____	Numero de farmacia () _____		
Persona Responsable Para el pago _____	Fecha de Nacimiento / / _____	Seguro Social: _____	Cuenta Relación _____
Dirección física Del Responsable _____		Dirección _____	
Empleador del Responsable			
Name _____	Direccion _____	Telefono () _____	

AUTORIZACIÓN PARA EL CUIDADO Y POLÍTICA DE CUENTAS DE PACIENTES

Por la presente, se otorga permiso para cualquier tipo de atención, tratamiento, pruebas y todos los demás servicios, incluidos, entre otros, radiografías, procedimientos de laboratorio, exámenes, inyecciones, procedimientos dentales, incluida la anestesia local o general, según lo determine conveniente o necesario. El proveedor de atención médica de Amite County Medical Services, Inc. o sus consultores de atención médica. Todas las radiografías se desecharán después del final del séptimo año.

La clínica está autorizada a proporcionar información o extractos de los registros de pacientes a cualquier centro de servicios médicos, terceros pagadores (para fines de facturación) y servicios legales, de salud o servicios sociales necesarios. Entiendo que en el caso de que no pague los saldos asociados con mi cuenta, tendré que pagar los honorarios de cobranza, los honorarios de abogados o cualquier otro costo relacionado con el cobro de esta cuenta.

Yo, certifico que he leído y entiendo la autorización anterior.

Representante de ACMS

Firma del Paciente o la persona Responsable

Fecha

Relacion de la persona firmando por el paciente

Puede ser elegible para un descuento en los servicios prestados en esta clínica. Marque a continuación para indicar si desea o no información adicional. Desea tener información adicional. () Si () No

¿Tiene Una Directiva Avanzada? Si NO ¿Es Usted un veterano? Si NO

¿Usted Necesita un Traductor? Si NO ¿Está usted sin hogar YES NO

¿Es usted un trabajador migrante o estacional? Si NO

¿Usted vive en una vivienda pública? Si NO

ASIGNACION DE BENEFICIOS: MEDICARE, MEDICAID Y OTROS TERCEROS

Medicare Numero I.D. _____ Numero de Beneficiario de Medicaid _____

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare, Medicaid y otros terceros se realice en mi nombre a Amite County Medical Services, Inc. Autorizo a cualquier titular de registros médicos o la información sobre mí a revelar a la División de Medicaid o al Agente Fiscal cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Firma del Beneficiario _____ Fecha _____

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SE UTILIZARÁ PARA INFORMAR PROPÓSITOS SOLAMENTE. POR FAVOR AYUDE AL DOCUMENTO DE NOSOTROS QUE LA COMUNIDAD NECESITA PARA LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS A USTED POR AMITE COUNTY MEDICAL SERVICES, INC

Gracias

POR FAVOR, MIRE LAS COLUMNAS ABAJO. ENCUENTRE EL NÚMERO EN LA FILA SUPERIOR QUE INDICA CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN SU CASA. MIRE DIRECTAMENTE BAJO ESTE NÚMERO Y CIRCULE LA CANTIDAD APROXIMADA DE LOS INGRESOS BRUTOS ANUALES PARA SU HOGAR.

1 0 - \$12,490	2 0 - \$16,910	3 0 - \$21,330	4 0 - \$25,750	5 0 - \$30,170	6 0 - \$34,590
\$12,491 - \$17,486	\$16,911 - \$23,674	\$21,331 - \$29,862	\$25,751 - \$36,050	\$30,171 - \$42,238	\$34,591 - \$48,426
\$17,487 - \$19,984	\$23,675 - \$27,056	\$29,863 - \$34,128	\$36,051 - \$41,200	\$42,239 - \$48,272	\$48,427 - \$55,344
\$19,985 - \$24,980	\$27,057 - \$33,820	\$34,129 - \$42,660	\$41,201 - \$51,500	\$48,273 - \$60,340	\$55,345 - \$69,180
Arriba - \$24,981	Arriba - \$33,821	Arriba - \$42,661	Arriba - \$51,501	Arriba - \$60,341	Arriba - \$69,181

7 0 - \$39,010	8 0 - \$43,430	9 0 - \$47,850	10 0 - \$52,270
\$39,011 - \$54,614	\$43,431 - \$60,802	\$47,851 - \$66,990	\$52,271 - \$73,178
\$54,615 - \$62,416	\$60,803 - \$69,488	\$66,991 - \$76,560	\$73,179 - \$83,632
\$62,417 - \$78,020	\$69,489 - \$86,860	\$76,561 - \$95,700	\$83,633 - \$104,540
Arriba - \$78,021	Arriba - \$86,861	Arriba - \$95,701	Arriba - \$104,541

Porfavor complete si el paciente es menor de edad!

Yo, certifico que tengo la capacidad legal para autorizar tratamiento médico y / o dental para la persona mencionada anteriormente Otros adultos que tiene autorización de traer al paciente:

(1) _____ (2) _____

Representante de ACMS : _____ Firma de Persona autorizada: _____

Fecha: _____ Relacion al Paciente: _____

Amite County Medical Services, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. "Esta institución es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades"