



1567 Palisade Avenue, 1st Floor  
Fort Lee, New Jersey 07024

**MATRICULA DE INFORMACION DEL PACIENTE**

(PATIENT NAME)

Nombre del Paciente:

(DATE)

Fecha:

(DATE OF BIRTH)

Fecha de Nacimiento:

(AGE)

Edad:

S.S.#:

(SEX)

Sexo: M / F

(PATIENT'S ADDRESS INFORMATION)

Direccion:

Ciudad:

Estado:

Cod. Postal:

Telefono:

Celular:

E-Mail:

**Referido Por:**

(EMPLOYER'S INFORMATION)

Ocupacion:

Empleador:

Tel.:

Direccion:

Cuidad:

Estado:

Cod.Postal:

(SPOUSE'S INFORMATION)

Esposo(a):

Fecha de Nacimiento:

Edad:

(SPOUSE'S EMPLOYER'S INFORMATION)

Ocupacion:

S.S.#:

Nombre de Empleador:

Tel.:

Direccion:

Cuidad:

Estado:

Cod. Postal:

(PRIMARY AND SECONDARY INSURANCE INFORMATION)

**(1)Seguro Medico:**

I.D#:

Group#:

Asegurado:

No. de Telefono:

Relacion al Asegurado:

**(2)Seguro Medico:**

I.D#:

Group#:

Asegurado:

No. de Telefono:

Relacion al Asegurado:

(EMERGENCY CONTACT)

En caso de una **Emergencia**, contacte:

(RELATIONSHIP)

Relacion:

(HOME)

Casa:

(WORK)

Trabajo:

Certifico que la información dada es correcta. Toda información compartida en este tratamiento es confidencial menos en circunstancias gobernadas por la ley HIPPA. Si quisiera que consulten con otro medico, necesitará firmar un "Consentimiento Informativo" anexo. Puedo revocar dicho permiso en cualquier tiempo. Autorizo que el pago sea hecho directamente al Palisade Surgery Center LLC como beneficiario de los servicios médicos requeridos. Entiendo que soy responsable de cualquier balance que no sea cubierto por mi seguro medico.

Firma: \_\_\_\_\_

(Paciente o persona autorizada)

Fecha: \_\_\_\_\_

**(NOTICE OF PRIVACY PRACTICE-HIPAA)**  
**NOTIFICACION DE PRACTICAS PRIVADAS-HIPAA**  
**Palisade Surgery Center LLC**

**RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE**

Reconozco recibo y revisión de una copia de esta Nota, y de mi comprensión y mi acuerdo a sus términos. Me han ofrecido una copia de este documento para mi record si asi lo requiero.

\_\_\_\_\_

Paciente

\_\_\_\_\_

Fecha

**CONSENTIMIENTO INFORMATIVO**

Autorizo la entrega de información médica necesaria para procesar los reclamos correspondientes a mi compañía de seguros o analisis de laboratorio. Autorizo que mis resultados de patología sean provistos a mi médico quien utiliza todo los métodos de transmisión segura y confiable según las regulaciones de HIPPA.

Firma: \_\_\_\_\_

**POLIZA FINANCIERA:**

**Su pago completo debe ser recibido dos semanas antes de su cirugía.**

Yo acepto y autorizo a ( la compañía de seguros) pagar y enviar cheque en su totalidad al beneficiario el Palisade Surgery Center LLC por los servicios medicos requeridos y aprobados por mi poliza de seguros. ESTO ES UNA RELACION DIRECTA DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS BAJO ESTA POLITICA. Este pago no excederá mi deuda con el Palisade Surgery Center LLC y yo he acordado pagar, en una manera actual, cualquier balance de dicho servicio profesionalque exceda el pago de mi seguro medico.

Una copia de este documento se considerará como efectiva y válida como la original.

Autorizo al Palisade Surgery Center LLC y su personal a iniciar cualquier queja al comisionado de seguro por cualquier razon en mi nombre.

FIRMA: \_\_\_\_\_

**Acuerdo de Reembolso de Seguro y De Negación**

Por la presente certifico que entiendo que se enviaran cobros en mi nombre a mi seguro. Dichos cobros pueden representar los servicios proporcionados por clinica ambulatoria Palisade Surgery Center LLC. y/o el anesthesiólogo. Estos reclamos al seguro son independientes de cualquier pago de bolsillo hechos por mí, y entiendo que no deberé mantener dinero pagados por mi de seguro medico para estos propósitos.

Entiendo aún más que el médico no es un proveedor que participa con mi portador del seguro y el cheque de reembolso podria ser enviado a mí, el cual me comprometo a enviar al el Palisade Surgery Center LLC. Concuerto aún más que soy financieramente responsable de la cantidad completa más 1.5% de interés que empieza 30 días de haber recibido tales pagos.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_