

NOMBRE: _____ FECHA: _____
Último primero medio

TELÉFONO: (H) _____ (W) _____ (C) _____

DIRECCIÓN DE ENVÍO: _____
Dirección Ciudad Estado Código Postal

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ Sexo: M ___ F _____

¿ES se puede contactar por correo electrónico? Sí No Dirección de correo electrónico: _____

Casado Soltero Viudo Divorciado

NOMBRE DE LA ESPOSA: _____

EMPLEADOR: _____

Retirado Sin empleo / permanece en el hogar
 Estudiante

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: _____

REFERIDO POR: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ RELACIÓN: _____ TELÉFONO: _____

Podemos dejar un mensaje sobre temas médicos en el correo de voz? Sí No

Podemos dejar un mensaje para usted en el trabajo que nos llame? Sí No

Podemos discutir su condición médica con otra persona? Sí No

En caso afirmativo, quién? _____ Relación: _____

RECIBO DE AVISO DE PRIVACIDAD Y AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN: Mi firma indica que he recibido y / o revisado una copia del Aviso de prácticas de privacidad y Aviso de No Discriminación de mi médico.

PACIENTE o la parte responsable: _____ FECHA: _____

POLÍTICA DE PAGO: Yo seré responsable de pagar mis deducibles anuales, copago y cargos por servicios médicos y cosméticos no cubiertos al momento del servicio. Entiendo que soy responsable de cualquier deducible, coseguro, copago y servicios considerados no médicamente necesarios por mi compañía de seguros.

Entiendo que si no me presento para mi cita programada o no llamo dentro de las 24 horas para reprogramar, se me cobrará una tarifa de no presentación de \$ 25.00.

Yo entiendo además que si yo le presento un cheque que se devuelve a FRDA por fondos insuficientes, será evaluado a \$ 45.00 de cuota de fondos insuficiente.

FECHA: _____

PACIENTE o la parte responsable _____



Now Serving Northern Colorado in 4 Locations:

6801 West 20th Street, Suite 208; Greeley, CO

2923 Ginnala Drive; Loveland, CO

500 Main Street; Fort Morgan, CO

4038 Timberline Road, Suite 100; Fort Collins, CO