

**FICHA DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE**

(Favor de usar solo tinta negra para rellenar)

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido(s)		Nombre	Inicial del 2º nombre	Teléfono domicilio	Teléfono trabajo	Teléfono móvil
Correo electrónico:					Fecha de Nacimiento	Edad
Dirección			Ciudad	Estado	C.P	Género(marque con un círculo) Masculino      Femenino
Estado Civil	Empleador/Escuela	Dirección			Profesión	Departamento
Persona a contactar en caso de urgencia (Deberá ser alguien que no viva con Ud.)					Teléfono	

**PARTE RESPONSABLE/TUTOR (Persona que firma este formulario)**

Apellido(s)	Nombre	Inicial del 2º nombre	Teléfono fijo:	Teléfono del trabajo	Fecha de Nacimiento
Dirección			Ciudad	Estado	C. P.
		Género(marque con un círculo) Masculino      Femenino		Estado Civil	Nº de Seguro Social
Empleador	Dirección del Empleador		Profesión	Departamento	Parentesco con el Paciente

**INFORMACIÓN DEL ASEGURADO (Cónyuge o Padre si no es igual a la Parte Responsable)**

Apellido(s)	Nombre	Inicial del 2º nombre	Teléfono fijo:	Teléfono del trabajo
Empleador	Dirección del Empleador			Fecha de Nacimiento
Parentesco con el Paciente	Profesión		Departamento	Nº de Seguro Social

**INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA PRIMARIA**

Nombre de la Aseguradora	Dirección para reclamos			Ciudad	Estado	C. P.	Teléfono:
Nº identificador de póliza	Nombre y Nº identificador de Grupo	Afiliado (titular de la póliza)			Fecha de Nacimiento		
Fecha de entrada en vigor	Datos de la Franquicia/el Pago Compartido	¿Ha satisfecho la franquicia?		Parentesco con el Paciente			

**INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA SECUNDARIA**

Nombre de la Aseguradora	Dirección para reclamos			Ciudad	Estado	C. P.	Teléfono:
Nº identificador de póliza	Nombre y Nº identificador de Grupo	Afiliado (titular de la póliza)			Fecha de Nacimiento		
Fecha de entrada en vigor	Datos de la Franquicia/el Pago Compartido	¿Ha satisfecho la franquicia?		Parentesco con el Paciente			

POR LA PRESENTE, YO GARANTIZO EL PAGO DEL SALDO TOTAL QUE LE CORRESPONDA AL PACIENTE ANTEDICHO. AUTORIZO QUE TRATEN AL PACIENTE ANTEDICHO. ASIGNO Y AUTORIZO EL PAY DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS DIRECTAMENTE A HARMONY HEALTHCARE Y/O SUS REPRESENTANTE. AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE TODA INFORMACIÓN, INCLUSO LOS INFORMES MÉDICOS CONFIDENCIALES, SOLICITADA POR LAS ASEGURADORAS, PAGADORES O AGENCIAS ESTATALES EN EL MARCO DE ESTA ASIGNACIÓN. SI DESEA CANCELAR UNA CITA, EL PACIENTE ANTEDICHO DEBERÁ INFORMAR A HARMONY HEALTHCARE COMO MÍNIMO 24 HORAS ANTES DE LA HORA PROGRAMADA. DE LO CONTRARIO, YO SERÉ RESPONSABLE POR PAGAR UNA MULTA DE CANCELACIÓN DE \$50.00. EN CASO DE QUE EL PACIENTE ANTEDICHO NO SE PRESENTARA A UNA CITA, YO SERÉ RESPONSABLE POR PAGAR UNA MULTA POR INCUMPLIMIENTO DE CITA DE \$50.00 HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTO LA DIVULGACIÓN DESCRITA, LA POLÍTICA FINANCIERA Y VARIAS LIBERACIONES Y GARANTÍAS

FIRMA DE LA PARTE RESPONSABLE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

