

DEMOGRAFIA

APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	
# DE SEGURO SOCIAL		SEXO		PREFIJO/SUFIJO	
FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/año)		ESTADO CIVIL (indique con un círculo) Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Compañero/a		ESTUDIANTE (indique con un círculo) No Tiempo Completo Tiempo parcial	
DIRECCION		CIUDAD/ESTADO		CODIGO POSTAL	
TELEFONO DOMICILIO (incluir código del área)		TELEFONO DEL TRABAJO		TELEFONO CELULAR	
RAZA (indique con un círculo) Blanca Negra/Afroamericana Asiática Hawaii/Islas del Pacífico Otra raza/Indioamericano/Originario de Alaska		ETNIA (indique con un círculo) Hispano o latino No hispano o latino Desconocida		IDIOMA PREFERIDO Inglés Español Otro: _____	
EMPLEADOR	POSICION O TITULO	DIRECCION DEL EMPLEADOR		TELEFONO DEL EMPLEADOR	
FARMACIA PREFERIDA	TELEFONO DE LA FARMACIA	CORREO ELECTRONICO			

INFORMACION SOBRE CONTACTO/GARANTE

CONTACTO (indique por lo menos uno) Contacto de emergencia Pariente cercano Asegurado Autorizado para obtener tratamiento		APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	
# DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/año)	RELACION CON EL PACIENTE		SEXO	ESTADO CIVIL		
DIRECCION DOMICILIAR		CIUDAD/ESTADO		CODIGO POSTAL	TELEFONO DOMICILIO		
EMPLEADOR			TELEFONO DEL TRABAJO		POSICION O TITULO		

Si no se incluye información sobre el garante, se presumirá que el paciente es el responsable de pagar la cuenta

CONTACTO (indicar por lo menos uno) Garante Contacto de emergencia Pariente cercano Asegurado Autorizado para obtener tratamiento		APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	
# DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/año)	RELACION CON EL PACIENTE		SEXO	ESTADO CIVIL		
DIRECCION DOMICILIAR		CIUDAD/ESTADO		CODIGO POSTAL	TELEFONO DOMICILIO		
EMPLEADOR			TELEFONO DEL TRABAJO		POSICION O TITULO		

NOTAS

¿DIRECTIVA ANTICIPADA PARA ATENCION MEDICA? Sí No		¿TESTAMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA? Sí No		¿INSTRUCCIONES AL MEDICO SOBRE SOSTENIMIENTO VITAL? Sí No	
¿PODER DURADERO NO REVOCADO? Sí No		¿CARTA PODER PARA ACTUACION MEDICA? Sí No		NO DISPONIBLE PARA PRACTICAS PEDIATRICAS	

→
Sigue

INFORMACION SOBRE POLIZA DE SEGUROS

NUMERO DE LA POLIZA	ID DEL GRUPO	FECHA DE VIGENCIA
TIPO (escoja solo uno) Salud Automóvil Indemnización por accidente Otro	SEGURO PRIMARIO Sí No	FECHA CADUCIDAD
		MONTO DEL COPAGO Consulta: \$ _____ Especialista: \$ _____
NOMBRE DE ASEGURADORA/PLAN	DIRECCION DE LA ASEGURADORA	
		TELEFONO
NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/año)	TELEFONO DOMICILIO
DIRECCION DEL ASEGURADO	MEDICO PRIMARIO	

INFORMACION SOBRE SEGURO SECUNDARIO (si se aplica)

NUMERO DE LA POLIZA	ID DEL GRUPO	FECHA DE VIGENCIA
TIPO (escoja solo uno) Salud Automóvil Indemnización por accidente Otro	SEGURO PRIMARIO Sí No	FECHA CADUCIDAD
		TIPO (escoja solo uno) Salud Automóvil Indemnización por accidente Otro
NOMBRE DE ASEGURADORA/PLAN	DIRECCION DE LA ASEGURADORA	
		TELEFONO
NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/año)	TELEFONO DOMICILIO

Autorizo para que paguen mis beneficios como asegurado directamente al médico y me responsabilizo financieramente de todos los cargos. Por este medio autorizo a que se liberen y se reenvíen mis registros médicos para permitir o facilitar el cobro, verificación o resolución de mi cuenta por cualquier cantidad que se me deba a mi o a un tercero, organización de cobertura médica, asegurador u otro plan de beneficios médicos. Esta autorización se extiende a LMG, PC o cualquiera de sus afiliados o agentes, entidad crediticia o cualquiera de sus afiliados. Autorizo igualmente a LMG para que me realice pruebas para hepatitis y/o el virus del SIDA si, en su opinión, un empleado se ha visto expuesto como resultado de mi tratamiento, como lo define la Administración para Riesgos de Trabajo y Salud.

Nombre en letras de molde

Fecha

Firma

AVISO DE CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS DE SIDA, HEPATITIS B o C

Según § 32.1-45.1 del Código de Virginia (1950) enmendado, LMG está obligado a proporcionarle el siguiente aviso:

1. Si algún profesional de salud o empleado de LMG tiene contacto directo con su sangre o fluidos corporales en forma que pudiera contagiarse de enfermedades, su sangre será sometida a pruebas para detectar el virus del SIDA, al igual que Hepatitis B o C. Los resultados del examen le serán proporcionados por un médico u otro profesional de salud. Según el Código § 32.1-45.1 (A) se entiende que usted ha dado su consentimiento para que el resultado de estos exámenes se le proporcionen a la persona expuesta al contagio.
2. Si usted tiene contacto directo con la sangre y fluido corporal de algún profesional de salud o empleado de LMG en forma de que pudiera contagiarse de alguna enfermedad, la sangre de esa persona será sometida a prueba para detectar el virus del SIDA, al igual que para Hepatitis B y C. Un médico u otro profesional de salud le informará a usted y a esa persona del resultado de las pruebas.

Entiendo que este consentimiento permanecerá vigente durante el tiempo que mi dependiente o yo reciba cuidados de LMG o hasta que yo lo retire.

Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal Actuando en su Lugar

Fecha de la firma

Relación (si no es el paciente quien firma)

Firma de la Persona que Obtiene el Consentimiento