



Información del paciente				
Apellido	Nombre		Segundo Nombre	Nombre anterior o de soltera
Número de seguro social	Sexo	Fecha de nacimiento	Marital status S M D	Numero de licencia de conducir
Dirección de casa	Ciudad	Estado	código postal	Numero de telefono
Otras direcciones (e.g., trabajo)	Ciudad	Estado	código postal	Otro numero de telefono
Correo Electrónico				
Personas a contactar en caso de emergencia				
Apellido, Nombre	Relación con el paciente		Número de teléfono de casa	Número de Celular
Last name, First (someone not living with you)	Relación con el paciente		Número de teléfono de casa	Número de Celular
Parte financieramente responsable				
Apellido, Nombre	Relación con el paciente		Número de seguro social	Numero de licencia
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Otro numero de telefono
Información de aseguranza				
Primaria	Nombre del suscriptor (si no es paciente)		Fecha de Nacimiento	Numero de seguro social
Secundaria	Nombre del suscriptor (si no es paciente)		Fecha de Nacimiento	Numero de seguro social

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA Los médicos de Pacific Neuroscience Medical Group reciben o han recibido, directa o indirectamente, el apoyo de compañías farmacéuticas para llevar a cabo estudios de investigación clínica.

DECLARACION DE PRIVACIDAD

- **LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS** Al firmar a continuación, y al establecer una relación médico-paciente con Pacific Neuroscience Medical Group, usted nos autoriza a proporcionar información sobre su condición médica a sus compañías de seguros.
- **EMERGENCIAS:** Pueden surgir situaciones inesperadas que requieren que compartamos información médica con otros profesionales de la salud. Los ejemplos incluyen hospitalizaciones de emergencia, visitas a la sala de emergencias y otras situaciones graves o potencialmente mortales. En estas situaciones, su privacidad será considerada en el contexto de su cuidado de la salud y seguridad general.
- **OTROS:** En el transcurso de la prestación de su atención médica, puede ser ventajoso analizar su caso con otros médicos, otros profesionales de la salud, familiares, amigos cercanos o cuidadores. Para proteger su privacidad, le pedimos que indique en los espacios debajo de los nombres de las personas con quienes podemos compartir su información médica.

Médico de referencia	Numero de telefono	Fax
Médico de atención primaria	Numero de telefono	Fax
Otro (por ejemplo, Cónyuge)	Numero de telefono	Fax

• **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO, LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN, CESIÓN DE BENEFICIOS, RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

- Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que lo trate el personal de Pacific Neuroscience Medical Group, ahora y en el futuro.
- Al firmar a continuación, autorizo a Pacific Neuroscience Medical Group a proporcionar información sobre mi (s) afección (es) médica (s) a compañías de seguros y otras personas, tal como se indicó anteriormente. Una fotocopia de esta autorización será válida como el original.
- Al firmar a continuación, ordeno a mi (s) aseguradora (s) que paguen, sin ambigüedades, directamente a Pacific Neuroscience Medical Group, todos los beneficios de Pacific Neuroscience Medical Group como resultado de cualquier reclamo.
- Al firmar a continuación, reconozco que se me cobrará una tarifa de cancelación de hasta \$100 por citas canceladas o interrumpidas sin previo aviso con 24 horas de anticipación.
- Al firmar a continuación, reconozco que aunque pueda estar cubierto por un seguro, soy consciente de que soy personalmente responsable de todos los cargos.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha