

# NEUROLOGIC CARE ASSOCIATES, P.C. CENTRO MÉDICO DE NEUROLOGÍA

3340 South Oak Park Avenue, Suite 200  
Berwyn, Illinois 60402  
Phone: (708) 783-0222

## INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

(letra de molde, por favor)

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ Estado Civil: Soltero. Casado. Viudo. Divorciado.

Dirección: \_\_\_\_\_ Calle o Avenida \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono en casa \_\_\_\_\_ Número de teléfono de su trabajo \_\_\_\_\_

Nombre del médico que lo envió: \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Calle o Avenida \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

## CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (Un amigo(a) o familiar que no viva con Ud.)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación o Parentesco: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### PERSONA RESPONSIBLE DEL LOS COBROS

Parentesco: \_\_\_\_\_ Paciente: \_\_\_\_\_ Esposo/a: \_\_\_\_\_ Depende: \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

Yo autorizo a mi médico a que entregue cualquier información referente a los servicios o tratamientos que me ha ofrecido y permito fotocopias de mi firma para poder enviar cobros a la compañía de seguro.

También doy la autorización a mi seguro médico para hacer pagos por los servicios recibidos y para que paguen directamente al médico. Independientemente de mis beneficios, entiendo que, al final de cuentas, yo soy el responsable directo de todos los cobros incurridos en mis cuidados médicos.

Autorizo al personal del consultorio y a los médicos involucrados en mi atención médica a que faciliten mi expediente a la persona u organización responsable de hacer los pagos.

Firma (Paciente o Tutor Legal) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

El gobernador federal requiere una nueva regla al centro de salud que obtenga la siguiente información personal:

**Raza**

- American Indian or Alaska Native
- Asian
- Black or African American
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander
- White
- Other Race

**Grupo Ethnico**

- Hispanic or Latino
- Not Hispanic or Latino

**Lenguage Preferible**

- Arabic
- Chinese
- English
- French
- German
- Japanese
- Russian
- Spanish
- Vietnamese
- Other