



FALLS AVENUE IMMEDIATE CARE

260 Falls Avenue, Suite C, Twin Falls, Idaho 83301 Oficina: (208) 733-6700 Fax: (208) 733-0803

Información del paciente: (Esta sección es solo para pacientes)

Nombre _____ PCP _____

Dirección física _____ Ciudad/Estado/Zip _____

Dirección postal / PO BOX si es diferente de lo anterior _____

Teléfono de casa _____ teléfono celular _____ Teléfono de trabajo _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad ____ Sexo ____ Origen étnico _____ Estado civil _____

Seguridad Social # _____ - _____ - _____ Dirección de correo electrónico _____

Cónyuge _____ Idioma primario _____

Empleador _____ Número de trabajo de la empresa _____

Relación con la Parte Responsable: Propio Hijo Hija Cónyuge Otro _____

Parte responsable: (Transportista de Seguros Primarios)

Nombre _____

Dirección física _____ Ciudad/Estado/Zip _____

teléfono celular _____ Teléfono de trabajo _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

*Contacto de emergencia

Nombre _____

Dirección física _____ Ciudad/Estado/Zip _____

Teléfono de casa _____ teléfono celular _____ Teléfono de trabajo _____

Información del

Seguro Primario _____ ID de póliza # _____ Grupo # _____

Seguro Secundario _____ ID de póliza # _____ Grupo # _____

Información de Farmacia:

MEDICAMENTOS A LAS ALERGIAS: _____

Farmacia Primaria _____ Teléfono # _____

Farmacia Secundaria _____ Teléfono # _____

El pago y los copagos deben realizarse en el momento del servicio, a menos que otros planes se hayan concertado previamente al hacer el registro de entrada Estamos obligados a cobrar el copago de su plan de seguro en el momento del servicio.



FALLS AVENUE IMMEDIATE CARE

260 Falls Avenue, Suite C, Twin Falls, Idaho 83301 Oficina: (208) 733-6700 Fax: (208) 733-0803

Información general sobre el pago y el procedimiento

1. Si después de sesenta (60) días el seguro no ha respondido a la reclamación, se espera que la facturación sea pagada en su totalidad por la parte responsable. Requerimos el pago dentro de los treinta (30) días de tiempo de servicio.
2. Los pacientes con seguro médico deben recordar que los servicios se prestan y se cargan al paciente. Cualquier disputa sobre una reclamación de seguro es un asunto entre el paciente y la compañía de seguros. En caso de que surja una disputa, haremos todo lo posible para ayudar a resolver la reclamación
3. Los pacientes con seguro médico deben recordar que los servicios se prestan y se cargan al paciente. Cualquier disputa sobre una reclamación de seguro es un asunto entre el paciente y la compañía de seguros. En caso de que surja una disputa, haremos todo lo posible para ayudar a resolver la reclamación
4. Aunque tenemos laboratorio y rayos X en nuestras instalaciones, a veces otras pruebas pueden necesitar hacerse fuera de FAIC. Estos NO están incluidos en nuestra facturación.

Información general sobre el pago y el procedimiento

1. **CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO: Entiendo que el tratamiento médico será realizado por médicos independientes, sus asistentes y empleados de Falls Avenue Immediate Care entre las 8:00am y las 7:00pm. Falls Avenue Immediate Care NO es responsable de la atención entre las 8:00 am y las 7:00pm. Por la presente doy mi autorización y consentimiento al tratamiento y procedimientos y certifico que no se ha hecho ninguna garantía o garantía en cuanto a los resultados de dicho tratamiento o procedimientos.*
2. *ASIGNAMIENTO DE BENEFICIOS/RELEASE DE INFORMACION: Solicito que el pago de beneficios autorizados en mi nombre, se realice a Falls Avenue Immediate Care of Twin Falls, P.A., para los servicios prestados a mí. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a ser liberado a mi compañía de seguros y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos a los servicios relacionados. Autorizo a FAIC a divulgar cualquier información médica a los pacientes que tratan al médico.*
3. *PARA PAGAR SERVICIOS: Para la atención y el tratamiento proporcionado al paciente, prometo pagar a Falls Avenue Immediate Care todos los cargos por los servicios prestados a o en nombre del paciente.*
4. **RELEASE DE INFORMACION MEDICA: Por la presente autorizo a Falls Avenue Immediate Care a divulgar cualquier información médica en relación con estos servicios para fines de seguro médico o a los pacientes que tratan a los médicos*

HE LEIDO Y ENTIENDO LOS RECONOCIMIENTOS Y ACUERDOS ANTERIORES.

Firma de pacientes _____ Fecha _____

El pago y los copagos deben realizarse en el momento del servicio, a menos que otros planes se hayan concertado previamente al hacer el registro de entrada Estamos obligados a cobrar el copago de su plan de seguro en el momento del servicio.



FALLS AVENUE IMMEDIATE CARE

260 Falls Avenue, Suite C, Twin Falls, Idaho 83301 Oficina: (208) 733-6700 Fax: (208) 733-0803

Medicare SOLAMENTE - Autorización única/ Asignación de Medigap

Autorización única

Solicito que el pago de los Beneficios autorizados de Medicare se haga a mí o en mi nombre a Falls Avenue Immediate Care of Twin Falls, P.A., por los servicios que me proporciona ese proveedor. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a la Administración de Financiamiento de Cuidado de la Salud y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados.

Firma de pacientes _____ Fecha _____

Autorización Medigap

Solicito que se me haga el pago de los beneficios autorizados de Medigap o en mi nombre a Falls Avenue Immediate Care of Twin Falls, P.A., por cualquier servicio que me haya proporcionado ese proveedor. Autorizo a cualquier titular de mi información médica u otra información a determinar los beneficios pagaderos por servicios relacionados,

Firma de pacientes _____ Fecha _____

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

I hereby acknowledge that the "Notice of Privacy Practices" has been made available to me

Firma del paciente

La fecha de hoy

Nombre o Firma del Representante Legal

Relación

Motivo del documento para la denegación de la firma

El pago y los copagos deben realizarse en el momento del servicio, a menos que otros planes se hayan concertado previamente al hacer el registro de entrada Estamos obligados a cobrar el copago de su plan de seguro en el momento del servicio.