



524 Colorado Avenue
Santa Monica, CA 90401
Tel: 310-394-2273
Fax: 310-394-9700
www.SantaMonicaUC.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre-Apellido: _____ Primer: _____ I: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS #: _____ Sexo: Masculino Femenino

Domicilio: _____ DL#: _____ Edad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Telefono-Casa: _____ Cell: _____ Trabajo: _____

Empleador: _____

La persona para notificar en caso de una emergencia:

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono-Casa: _____ Cell: _____

Domicilio: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Como descubrio usted de Santa Monica Urgent Care?

Paginas amarillas Amigo/Pariente Empleo Periodico Manejando Escuela

Internet (sitio): _____ Otro: _____

Le atiende. ahora algun medico? No Si, Nombre de medico: _____

Tiene usted. alguna alergia a medicinas o drogas? No Si Cuales son? _____

Tiene usted alguna condicion medica mayor? No Si, Lista _____

Cuales medicina toma usted.?

	MEDICINA	DOSIS	CON QUE FRECUENCIA
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

Yo, el abajofirmante, por la presente autoriza Santa Monica Urgent Care proporcionar los procedimientos médicos ser realizados en el yo mismo/niño. Firmando, yo entiendo completamente que soy responsable de cualquier honorario contrato a pesar de la cobertura o el cuidado médico.

Firma: _____

Fecha: _____



524 Colorado Avenue
 Santa Monica, CA 90401
 Tel: 310-394-2273
 Fax: 310-394-9700
 www.SantaMonicaUC.com

ACUERDO DE SERVICIOS MEDICOS
 (LEA CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR)

Nombre del Paciente: _____

1. **CONSENTIMIENTO MEDICO:** Yo doy el consentimiento a cualquier tratamiento médico o procedimiento que pueda dar a cabo en un base de tratamiento ambulatorio (incluyendo tratamientos y servicios de emergencia) los cuales pueden incluir y no son limitados a medicamentos, inyecciones, tomar fotografías médicas, procedimientos de laboratorio, y/o exámenes de rallo X, los cuales son administrados bajo la instrucción de los médicos y personal u otros proveedores de atención medica de Santa Monica Urgent Care, Una Corporación Medica asistiendo a mi cuidado.

2. **ACUERDO FINANCIERO:** Yo entiendo que todos los cargos deben ser pagados al momento de servicio. Yo estoy de acuerdo a pagarle a Santa Monica Urgent Care, Una Corporación Médica (aquí referido como "SMUC") por todos los cargos por los servicios de salud y otros servicios profesionales proveídos por los médicos y el personal. Formas aceptables para pagar incluyen dinero en efectivo, Visa, MasterCard, Discover y tarjeta de débito. Si soy paciente sin seguro médico, yo estoy de acuerdo de pagar la visita completa en el momento de servicio. Si SMUC es un proveedor participante con mi seguro médico yo entiendo que mi co-pago y co-seguro, deducible o cualquier otro balance sobresaliente es debido al memento del servicio.

Iniciales del Paciente o Guardián _____

Yo entiendo que mi póliza de seguro médico es un contrato entre mi compañía de seguro médico y yo; SMUC no está involucrado. Para que SMUC someta reclamos y acepte pagos de mi compañía de seguro médico, Yo entiendo que tengo que presentar mi información de mi seguro médico más reciente en cada visita. Yo entiendo que SMUC tiene que verificar mi cobertura de mi seguro médico. En la situación que mi cobertura no se pueda verificar antes de mi visita, Yo estoy de acuerdo a pagar por mi visita completa al momento de servicio. Un reembolso será emitido si mi seguro médico paga por la visita. También entiendo que yo seré responsable por cualquier procedimiento el cual me seguro médico no cubra. Cuando mi esposo/a o la persona responsable de mi garantía financiera firmen este acuerdo, ellos se hacen responsables al igual que yo. Si mis cuentas son referidas a un abogado o agencia de colecciones, los firmantes deberán de ser responsables por los honorarios del abogado (incluyendo costos) y gastos de colecciones incurridas y además otros costos que se deban. Cuentas que sean referidas a agencias externas para colección tendrán interés a la tasa actual desde la fecha en la cual la cuenta fue referida.

3. **AUTORIZACION DE SEGURO MEDICO Y LIBERACION:** Yo solicito que el pago de beneficios autorizados, incluyendo Medicare, y cualquier otro programa patrocinado por el gobierno, seguro médico privado, y cualquier otro plan médico, sea hecho a SMUC por los servicios proveídos por los médicos. Que las medidas necesarias para coordinar mi cuidado de salud y/o la determinación de labilidad de pago y obtener reembolso por los servicios proveídos, Yo autorizo que SMUC revele porciones si no todo de mi expediente médico, a personas o corporaciones, las cuales son responsables por una parte o el total de los cargos de SMUC, incluyendo pero no limitados a compañías de seguro medio, planes de servicios médicos, agencias del gobierno, o cargadores de compensación del trabajador. Yo autorizo que SMUC actué como me agente para ayudarme a tener cualquier pre-certificación, también actuando como mi agente para obtener pago de mi seguro médico. Yo autorizo que me compañía de seguro médico le dé a SMUC la información adecuada para completar estas transacciones. Esto se mantendrá cierto hasta que sea revocado en escrito. Una fotocopia de esta asignación es considerada valida como la original.

4. Para su conveniencia nuestra oficina puede ofrecerle algunos medicamentos recetados necesarios para tratar su condición medica. Por favor tome en cuenta que nuestra oficina no le manda un reclamo a su segura medico por estos medicamentos que se le den a usted en oficina. Sus beneficios farmacéuticos no aplican a los medicamentos dispensados en la oficina. Cualquier medicamento dispensado en la oficina será responsabilidad del paciente es adicional a su responsabilidad por la visita. Si usted prefiere utilizar una farmacia fuera de nuestra clínica una receta se le puede dar sino cargo adicional.

5. **LIBERACION DE INFORMACION MEDICA:** Yo autorizo que SMUC libere cualquier información en mi expediente a cualquier médico, doctor, hospital, o institución medica a los cuales puedo ser referido para que asistan a mi cuidado. Además, Yo autorizo cualquier solicitud de mi información médica para cualquier médico, doctor, hospital o institución medica que asista en mi cuidado.

6. **OBJECTOS PERSONALES DE VALOR:** SMUC no se hará responsable por la pérdida o daño de cualquier dinero, documento, joyería, anteojos, dentaduras postizas, u otros artículos de valor inusual y no se hará responsable por la pérdida o daño de los bienes personales.

Santa Monica Urgent Care, Una Corporación Médica y el paciente o el representante del paciente, por lo presente entran a este acuerdo. El firmante certifica que él o ella ha leído y está de acuerdo con lo anterior y ha recibido una copia y el paciente o el representante del paciente está autorizado por el paciente actuar como el agente general para ejecutar lo anterior y aceptar los términos.

FIRMA DE PACIENTE	FECHA	o	FIRMA DEL REPRESENTANTE DE PACIENTE	FECHA
REPRESENTANTE MEDICO	FECHA		NOMBRE Y RELACION DEL REPRESENTANTE	FECHA