



Susanna I. Chou, M.D., Ph.D.

**Board-Certified Family Practice
340 Fourth Ave, suite 5A
Chula Vista, CA 91910
(619) 425-5559**

Bienvenidos a nuestra clinica. Por favor complete la siguiente forma. Nuestra poliza es que pago para su visita es necesario al momento de su cita. Si tiene aseguranza, por favor de proveer la informacion adecuada de su poliza a la recepcionista. Gracias

INFORMACION DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente: _____ No.SS: _____ - _____ - _____

Fecha de Nac: ____ / ____ / ____ Sexo: ____ Age: ____ Estado Civil: _____

Domicilio: _____ Ciudad, Estado, CodigoPostal: _____

Alergias: _____ # Telefonico: () ____ - ____ # de Trabajo: () ____ - _____

Idioma : Ingles Español Otro: _____ Referrido por: Amistad Familiar Otro ____

Correo electronico: _____

RESPONSIBILIDAD FINANCIERIA:

Por Favor ponga una √ en el tipo de aseguranza.

Healthy Families Medi-Cal Medi-Care Aseguranza Privada (PPO,HMO)
 Pago en efectivo

Nombre de la Aseguranza: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Persona a quien notificar en caso de emergencia (que no viva con Usted.):

Relacion al paciente: _____

Domicilio: _____

No. de Tel: (_____) _____ - _____

2do No. de Tel: (_____) _____ - _____

SUSANNA I. CHOU, MD, PhD

INFORMACION DE PERSONA RESPONSIBLE DEL PAGO (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

Yo permito el pago por parte de Medicare y/o otra aseguranza sea pagado directamente a Susanna Chou, MD, PhD., por los servicios recibidos. Yo autorizo a Susanna Chou, MD, PhD proporcionar mi documentacion medica a Health Care Financing Administration o sus agents y/o otras organizations de aseguranza privada para verificar los servicios recibidos y obtener pago por ellos.

Yo atesto que si mi aseguranza no paga mi visita, yo sere completamente responsable for los servicios que me facilitaron.

INFORMACION HIPAA ACTA DE PRIVACIDAD:

Yo atesto que recibi la informacion de HIPAA Acta de Privacidad

INFORMACION DE LA POLIZA DE CANCELLATION:

Yo atesto que recibi la informacion de la Poliza de Cancelacion

Para Pacientes con Medi-Cal solamente:

California Welfare and Institutions Code 14043.341

La Practica que obtenga una muestra biologica de un beneficiario de Medi-Cal para estudios de laboratorio necesitara firma del paciente autorizando el estudio. Mi firma constituye mi conocimiento que he leído y entiendo la informacion proporcionada

AUTORIZATION PARA PROPORCIONAR INFORMACION

Al grado que sea necesario para determinar responsabilidad de pago y obtener reembolso, la oficina de Susanna I. Chou, MD, PhD, puede proporcionar porciones de los archivos medicos y/o financieros a cualquier persona, corporacion, o a cualquier agente de dicha persona o corporacion que es o pudiese ser responsable, total o parcialmente, de la cuanta de la oficina de la Dr. Chou, incluyendose pero no limitandose a comanias de seguro, patrones, planes de sercicio de salud. L oficina de la Dr. Chou tambien puede proporcionar la informacion pertinente a las agencies socio-gubernamentales y a otros proveedores del cuidado de la salud, segun se requiera, pra asegurar la continuidad de la atencion y la disopibilidad del cuidado de salud para el paciente y su familia.

Instruccion Anticipada: *He recibido informacion acerca instrucciones anticipadas y entiendo que tengo el derecho de formular instrucciones anticipadas acerca de mi cuidado de salud que seran archivadas en mi expediente medico. Entiendo que puedo cambiar mis instrucciones si lo deseo en el futuro. Me gustaria recibir informacion adicional. (Si/No)_____.*

Soy el paciente o estoy autorizado para firmar el presente convenio recibi una copia del convenio y acepto lo dispuesto en el mismo con las siguientes exclusiones: Ninguna Anote: _____

Firma de el paciente o represtante legal.

Fecha

Testigo

Parentesco

PLACE CARD HERE