

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PRIMER NOMBRE*	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO*		SEXO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino
CALLE*				¿MEDICARE? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
CIUDAD*		ESTADO*	CÓDIGO POSTAL*	IDIOMA (SI NO ES ESPAÑOL) <input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Otro _____
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)*	CORREO ELECTRÓNICO			MÉTODOS ACTUALES PARA EXPRESARSE VOCALMENTE <input type="radio"/> Prótesis para la voz Provox <input type="radio"/> Otras prótesis para la voz <input type="radio"/> Habla esofágica <input type="radio"/> Dispositivo de manos libres <input type="radio"/> Electrolaringe <input type="radio"/> Otro _____
TELÉFONO*	TELÉFONO MÓVIL			
NOMBRE DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	TELÉFONO DEL MÉDICO	FAX DEL MÉDICO		
NOMBRE DEL CLÍNICO	TELÉFONO DEL CLÍNICO	FAX DEL CLÍNICO		
FECHA DE LA OPERACIÓN (MM/DD/AAAA)	FECHA DE LA PUNCIÓN (MM/DD/AAAA)			¿MEJOR HORA PARA COMUNICARNOS? <input type="radio"/> 8am-11am <input type="radio"/> 11am-1pm <input type="radio"/> 1pm-4pm <input type="radio"/> 4pm-7pm

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO/CAIDADOR IMPORTANTE: Atos no tiene permitido comunicarse con nadie en su nombre sin autorización. Si no quiere designar un representante, agregue N/A a los campos obligatorios.

Designo al o a los Representantes autorizados indicados abajo a quienes he elegido para que me ayuden en el manejo de mi cuenta con Atos Medical Inc. (Atos) en mi nombre. Autorizo a Atos a intercambiar mi información de salud protegida con esta o estas personas. Entiendo que puedo actualizar o revocar mi lista de representantes autorizados en cualquier momento al enviar una petición por escrito.

REP. AUTORIZADO/CAIDADOR 1 (NOMBRE/APELLIDO)*	RELACIÓN CON EL PACIENTE	TELÉFONO*	CORREO ELECTRÓNICO*
REP. AUTORIZADO/CAIDADOR 2 (NOMBRE/APELLIDO)	RELACIÓN CON EL PACIENTE	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO

ESTA PETICIÓN Y AUTORIZACIÓN SE APLICA A TODA LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON MI CUENTA, A MENOS QUE SE ESPECIFIQUE:

INFORMACIÓN DE SEGUROS Envíe copias por correo postal o por fax del frente y detrás de su o sus tarjetas de seguros a Atos Medical Inc., ATTN: Patient Services. Si no tiene seguro, agregue N/A a los campos obligatorios.

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PRIMARIA*	N.º DE PÓLIZA*	N.º DE GRUPO*	TELÉFONO
NOMBRE DEL ASEGURADO*	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO	
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS SECUNDARIA*	N.º DE PÓLIZA*	N.º DE GRUPO*	TELÉFONO
NOMBRE DEL ASEGURADO*	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO	

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

IMPORTANTE: Debe marcarse la casilla para recibir cualquier comunicación por correo electrónico o teléfono.

Marcar <input type="checkbox"/>	Al marcar esta casilla y firmar este formulario, usted expresa su acuerdo en recibir comunicaciones telefónicas, por escrito y electrónicas de Atos por teléfono, correo, correo electrónico o información del perfil de las aplicaciones electrónicas que haya dado, incluyendo información relacionada con sus productos y pedidos. Para los propósitos de mercadeo, usted también hace la petición para recibir de Atos promociones, actualizaciones de productos e información de la compañía. Notifiquenos si no quiere recibir tales comunicaciones y no usaremos ni revelaremos su información para estos fines.
---	---

ACEPTACIÓN DEL PACIENTE

Acepto que he recibido una copia del Manual de servicios para pacientes que contiene la Declaración de derechos y responsabilidades de los pacientes, el Acuerdo de servicio para pacientes, el Aviso de prácticas de privacidad (Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros de salud, HIPAA), Pedido de suministros para laringectomía y Para entender sus beneficios de los seguros. Comprendo la información y acepto los términos. Si hay algún Poder para atención médica (Healthcare Power of Attorney, HCPOA) implementado, el apoderado puede firmar en lugar del Paciente. Si un paciente es menor, el padre o la madre o el tutor debe firmar en lugar del Paciente.

FIRMA DEL PACIENTE*	FECHA*	
FIRMA DEL APODERADO DESIGNADO POR EL HCPOA/PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR (SI CORRESPONDE)	RELACIÓN AL PACIENTE	FECHA

Solo para uso interno ACCT#