PCA – PRIMARY CARE ASSOCIATES
4211 Joe Ramsey Blvd. Ste 100
Greenville, Texas 75401

Today's Date	Reviewed By

Información del Paciente

SI EL PACIENTE ES UN MENOR O ESTUDIANTE(MENOR DE 18 AÑOS) UN PADRE O TUTOR DEBE ESTAR PRESENTE

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Dirección		P.O. Box o # de Apartamento
Ciudad	Estado	Código Postal

☏ Teléfono de Casa	☏ Teléfono Cellular	Lugar de Empleo	☏ Teléfono de Trabajo
Seguro Social	□ Femenino □ Masculino Fecha de Naciemiento_____/_____/_____		Estado Civil □ Casado □ Divorciado □ Viudo □ Solo
Persona de contacto en caso de urgencia	Relación al paciente	☏ Teléfono de Casa	☏ Teléfono de Trabajo

SEGURO PRIMARIO:

Beneficiario **(PERSONA CON ASEGURANZA)**	Relación al paciente	Fecha de Naciemiento	Seguro Social
Lugar del empleo del beneficiario			
El Asegurado **(PERSONA RESPONSABLE POR PAGOS)**	Relación al paciente	Fecha de Naciemiento	Seguro Social
Dirección de el asegurado si es diferente de paciente:			

SECONDARY INSURANCE:

Beneficiario **(PERSONA CON ASEGURANZA)**	Relación al paciente	Fecha de Naciemiento	Seguro Social
Lugar del empleo del beneficiario			

Alergias a medicinas

_____

Autorización del paciente

Autorizo por este medio a PCA – Primary Care Associates para compartir a mi compañía de seguro cualquier información requerida, incluyendo la diagnosis y los expedientes en el curso de mi examen o tratamiento. Entiendo que es mi responsabilidad como paciente dar aviso a PCA si se necesita authorización antes de la visita del doctor, consultorio, o para hospitalizaciones, visita del doctor dentro o fuera del hospital, así como cualquier tipo de cirugías. Entiendo que falta de notificacion a PCA puede causarme un costo mas alto de la cuota regular asi como perder algunos beneficios. También entiendo que es mi responsabilidad como paciente escoger un médico de cabezera y debe ser doctor de PCA. Autorizo por este medio a que mi seguro pague directamente a PCA por los servicios médicos a mí proporcionados, pero que no excede ningun cargo hecho para tal tratamiento. Entiendo que es mi responsabilidad pagar los gastos no cubiertos por mi seguro.

X _____

Paciente o El Asegurado Fecha