



Horizon Health Center, Inc.

Fecha _____ ¿Cómo se enteró de HHC?: Amigo Media Referido
Nombre del Paciente _____ Fecha de nacimiento _____
Edad _____ hombre mujer (hacer un círculo) Teléfono (_____) _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Número de seguro social _____ Estado civil: Solo Se casó Viudo Divorciado (hacer un círculo)
Teléfono de trabajo (_____) _____ Teléfono celular (_____) _____ Correo electrónico: _____
Tamaño de la familia _____ Ingresos: \$ _____ de semana cada dos semanas mensuales por ano
Empleador _____ Ocupación _____
Veterano: Por favor seleccione uno: Sí No Activo
Si es casado, nombre de cónyuge (si un niño nombres de los padres) _____
Fecha de nacimiento _____ Teléfono de trabajo _____
Empleador _____ Ocupación _____
Nombre de contacto de emergencia: relación, & numero de teléfono de alguien que no vive con usted

Método de contacto preferido: Correo Mensaje de texto Correo electrónico Teléfono (hacer un círculo)
¿Tiene usted un testamento vital: Sí No ¿Optar por utilizar la norma de la HHC testamento en vida?
Ethnicity: Asia Indo Americano/Nativo de Alaska Negro o Africano-Americano Caucásico/Blanco
 Hawaiano Nativo Mezcla (more than one) Otro _____ No quiero responder
Me identifico como: Hispano Non-Hispano

Información del Seguro

Seguro primario _____ PPO _____ HMO _____ Numero de teléfono (_____) _____
Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____
Número de seguro social del suscriptor _____ Empleador _____
número de identificación _____ Numero del grupo _____

Seguro segundo _____ PPO _____ HMO _____ numero de teléfono _____
Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____
Número de seguro social del suscriptor _____ Empleador _____
número de identificación _____ Numero del grupo _____

NO Seguro: Necesita opciones de pago identico? _____ Sí _____ No
Esta visita es de compensación al trabajador? Sí No Contacto y numero de teléfono _____
¿Es esta visita relacionados con un accidente? Sí No (if yes, please fill out an Accident Form) see attached

Su compañía de seguros ha pedido que cualquier co-pago se abonará en el momento del servicio. Usted puede pagar con un cheque personal, dinero en efectivo, VISA o MasterCard de débito / crédito. Si su compañía de seguros requiere referencias, vamos a necesitar de su referencia antes de ser visto. Al firmar abajo, usted autoriza Horizonte Centro de Salud para presentar su reclamo de seguro por los servicios recibidos en la oficina y / o al hospital de cualquier médico en este grupo. Usted nos autoriza a enviar toda la información médica necesaria para procesar su reclamación. También autorizar el pago en su nombre se hizo a Horizon Health Center
Gracias.

Signatura (si niño, signature de padre) _____ Fecha _____