



**For Practice Use Only:** Apt. Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Account#: \_\_\_\_\_ Doctor: \_\_\_\_\_  
**Aseguranza Primaria:** \_\_\_\_\_ Nombre del Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_  
 Numero de ID: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_  
 Domicilio de Reclamaciones: \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social del Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Titular: \_\_\_\_\_  
**Aseguranza Secundaria:** \_\_\_\_\_ Nombre del Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_  
 Numero de ID: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_  
 Domicilio de Reclamaciones: \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social del Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Titular : \_\_\_\_\_

**Información de Confidencialidad**

Las leyes de confidencialidad establece que ninguna información médica relacionada con el diagnóstico o tratamiento de un paciente puede ser dado a ninguna otra persona sin el consentimiento por escrito del paciente (o tutor, si corresponde). Por favor de proporcionarnos los nombres y números de teléfono de cualquier persona con quien desea que podamos compartir su información médica, como su cónyuge, familiares o amigos:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para tratar a un menor:** Por ley, los menores de edad deben ser acompañados por el padre/madre o tutor. Si el padre/madre o tutor no pueden acompañar al menor, tendremos que tener una carta de liberacion firmada en el expediente. Por favor enliste el nombre(s) de la persona(s) que quiera dar permiso de acompañar al menor a su cita, así como el consentimiento a cualquier examen necesario, anestesia, diagnóstico médico, cirugía menor, o tratamiento que se preste bajo la supervision general o supervision especial y con el asesoramiento de cualquier médico o cirujano con licencia para practicar medicina en el estado de California. (Nota: Esto se vence en un año. Despues del año, se le pedira llenar otra forma separada de consentimiento para el menor.)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**Declaración de Responsabilidad Financiera/Liberación de Información**

Por la presente autorizo el tratamiento y autorizo a Apex Annex Health Center a divulgar información para estos servicios a mi compañía de seguros para el pago. Autorizo además que el pago de beneficios se haga al proveedor en mi nombre.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente o Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
 Fecha