

**Health Zone Medical Primary & Urgent Care  
Patient Information  
(Informacion del Paciente)**

Name \_\_\_\_\_ Soc. Sec # \_\_\_\_\_  
 Last Name (Apellido) First Name (Nombre) Initial (Seguro Social)

Mailing Address \_\_\_\_\_ Home Phone # \_\_\_\_\_  
 (Direccion) (Telefono de casa)

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_  
 (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Sex \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ F Age \_\_\_\_\_ Birth Date \_\_\_\_\_  
 (Sexo) (Edad) (Fecha de Nacimiento)

Single \_\_\_\_\_ Married \_\_\_\_\_ Widowed \_\_\_\_\_ Separated \_\_\_\_\_ Divorced \_\_\_\_\_  
 (Soltero/a) (Casado/a) (Viudo/a) (Separado/a) (Divorciado/a)

Patient Employed by \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_  
 (Empleador) (Ocupacion)

Business Address \_\_\_\_\_ Business Phone \_\_\_\_\_  
 (Direccion del Empleo) (Telefono del Empleo)

In case of emergency, who should be notified? \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
 (En caso de emergencia, a quien se le puede notificar?) (Telefono)

**If under 18 years of age  
(Menores de 18 anos)**

Person Responsible for the Account \_\_\_\_\_  
 (Persona responsable por la cuenta) Last Name (Apellido) First Name (Nombre) Initial

Relation to Patient \_\_\_\_\_ Birth Date \_\_\_\_\_ Soc. Sec # \_\_\_\_\_  
 (Relacion con el Paciente) (Fecha de Nacimiento) (Seguro Social)

Address (if different from Patient's) \_\_\_\_\_ Home Phone # \_\_\_\_\_  
 (Direccion, si es diferente a la del paciente) (Telefono de casa)

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_  
 (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Person responsible employed by \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_  
 (Empleador de la persona responsable) (Ocupacion)

Business Address \_\_\_\_\_ Business Phone \_\_\_\_\_  
 (Direccion del Empleo) (Telefono del Empleo)

**Assignment and Release  
(Asignación y Liberación)**

I, The undersigned certify that I (or my dependent) have insurance coverage and assign directly to HEALTH ZONE MEDICAL PRIMARY & URGENT CARE all insurance benefits, if any, otherwise payable to me for service rendered. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance. I hereby authorize the doctor to release all information necessary to secure the payments of benefits. I authorize the use of this signature on all insurance submissions.

Yo certifico que yo (o mi dependiente) tengo seguro medico y le asigno a HEALTH ZONE MEDICAL PRIMARY & URGENT CARE todo los beneficioc del seguro medico, de lo contrario, yo asumire los gastos por los servicios prestados. Entiendo que yo soy responsable por todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Yo autorizo al doctor a mostrar toda la informacion necesaria para asegurar los pagos de los beneficios. Yo autorizo el uso de mi firma en todos los tramites del seguro.

\_\_\_\_\_  
 Responsible Party (firma de persona responsable) Relationship (Relacion) Date (Fecha)

## Health Zone Medical Primary & Urgent Care

Los seguros medicos no cancelan la totalidad de la cuenta y no debe ser considerado asi. La clinica le cobrara a su seguro, como cortesia con usted, pero se le pide su cooperacion en darnos la informacion mas actualizada que pueda.

En el caso que su seguro niege el pago, suspenda el claim por informacion suya o adicione la cantidad a su deductible o co-insurance, la cuenta debera ser cancelada inmediatamente.

\*\* Por favor refierase a la siguiente poliza que sea pertinente para usted. Si usted no puede adherirse a estas polizas, se le pedira suspender la cita de hoy y hacer otra cita en una proxima ocacion.

1. Pacientes en la categoria "Self Pay" (sin seguro) deben pagar el costo total de la visita en el momento del servicio. Si no es posible pagar el costo total, un plan de financiamiento debe ser discutido con la clinica antes de ser atendido por el Doctor o el Asistente Medico (PA). Pago por adelantado de por lo \$76 dolares para pacientes establecidos y de \$120 dolares para pacientes nuevos se requiere antes de ser atendido. El pago complete sera cobrado despues de la atencion medica.
2. Pacientes con Co-payments en la tarjeta de seguro, deberan pagar la totalidad del valor antes de ser vistos por el Doctor o el Asistente Medico (PA).
3. Adultos con Medicaid deben pagar \$3 dolares de co-pay antes de ser atendido.
4. Pacientes con seguros medicos no afiliados a la clinica, deberan cancelar el valor total de la consulta despues de la evaluacion medica. Refierase a la primera aclaracion.
5. Pacientes envueltos en un accidente automovilistico seran responsables de pagar el valor total de la cuenta, ya que la Clinica no le cobre a terceros. Rembolsos de seguros medicos por servicios prestados, seran responsabilidad del paciente.
6. Cartas para seguro medicos o de discapacidad o formas que requieren ser llenadas por el medico, tendran un recargo de \$12 y tomaran 24 horas para ser entregadas.
7. Copias del historial medico requeridas por el paciente, tendran un costo de \$0.25 centavos por pagina. Copias del historial medico requeridas por otro Doctor seran gratuitas.
8. Refill para prescripciones seran gratuitas, pero necesitaran 24 horas de aviso previo.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\*\*Polizas son sujetos a cambio.

### Declaración de privacidad (Privacy Statement)

Es requerido por ley mantener la privacidad y proporcionar a los pacientes notification de nuestras actividades legales con respect a la proteccion de la informacion medica. Si usted tiene objection o pregunta con respect a esta forma, por favor pida hablar con nuestro/a Compliance Officer.

Su firma es necesaria para confirmar que usted ha recibido una copia de este document.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_