

DEMOGRAFICAS

APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	
# DE SEGURO SOCIAL		SEXO		PREFIJO/SUFIJO	
FECHA DE NACIMIENTO(mm/dd/año)		ESTADO CIVIL (indique con un círculo) Soltero/a/Casado/a/Divorciado/a/Viudo/a/Compañero/a		ESTUDIANTE (indique con un círculo) No A tiempo complete A tiempo parcial	
DIRECCION		CIUDAD/ESTADO		CODIGO POSTAL	
TELEFONO DOMICILIO(incluyacódigo del área)		TELEFONO TRABAJO		TELEFONO CELULAR	
RAZA indique con un círculo Blanca/Negra/Afroamericana/Asiático Hawaii/Islas del Pacífico/Otraraza/Indioamericano/Nativo de Alaska		ETNIA(indique con un círculo) Hispano o latino/No hispano o latino Desconocida		IDIOMA PREFERIDO Inglés/Español U Otro: _____	
EMPLEADOR	POSICION O TITULO	DIRECCION DEL EMPLEO		TELEFONO DEL EMPLEADOR	
FARMACIA PREFERIDA	TELEFONO DE LA FARMACIA	DIRECCION ELECTRONICA			
MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO PARA MENSAJES DE SU CITA (por favor marque uno)					
MENSAJE DE TEXTO		EMAIL		TELÉFONO CELLULAR	
				TELÉFONO DE SU CASA	

INFORMACION SOBRE CONTACTO/GARANTE

CONTACTO (escoja por lo menos una, con un círculo) Contacto de emergencia/Pariente más cercano Asegurado/Autorizado para obtener tratamiento		APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	
# DE SEGURO SOCIAL	FECHA NACIMIENTO(mm/dd/año)	RELACION CON EL PACIENTE		SEXO	ESTADO CIVIL		
DIRECCION DOMICILIAR		CIUDAD/ESTADO		CODIGO POSTAL	TELEFONO DOMICILIO		
EMPLEADOR			TELEFONO DEL TRABAJO		POSICION O TITULO		

Si no se incluye información sobre el garante, se presumirá que el paciente es el responsable de pagar la cuenta.

CONTACTO (escoja por lo menos una, con un círculo) Contacto de emergencia/Pariente más cercano Asegurado/Autorizado para obtener tratamiento		APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	
# DE SEGURO SOCIAL	FECHA NACIMIENTO (mm/dd/año)	RELACION CON EL PACIENTE		SEXO	ESTADO CIVIL		
DIRECCION DOMICILIAR		CIUDAD/ESTADO		CODIGO POSTAL	TELEFONO DOMICILIO		
EMPLEADOR			TELEFONO DEL TRABAJO		POSICION O TITULO		

INFORMACION SOBRE POLIZA DE SEGUROS

SIGUE

NUMERO DE LA POLIZA	ID DEL GRUPO	FECHA DE VIGENCIA
TIPO (escoja solo uno) SaludAutomóvilIndemnizaciónporaccidente Otro	SEGURO PRIMARIO Sí No	FECHA CADUCIDAD
		MONTO DEL COPAGO Consulta: \$ _____ Especialista: \$ _____
NOMBRE DE ASEGURADORA/PLAN	DIRECCION DE LA ASEGURADORA	
		TELEFONO
NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/año)	TELEFONO DOMICILIO
DIRECCION DEL ASEGURADO		MEDICO PRIMARIO

INFORMACION SOBRE SEGURO SECUNDARIO (si se aplica)

NUMERO DE LA POLIZA	ID DEL GRUPO	FECHA DE VIGENCIA
TIPO (escoja solo uno) SaludAutomóvilIndemnizaciónporaccidente Otro	SEGURO PRIMARIO Sí No	FECHA CADUCIDAD
		TIPO (escoja solo uno) SaludAutomóvilIndemnizaciónporaccidente Otro
NOMBRE DE ASEGURADORA/PLAN	DIRECCION DE LA ASEGURADORA	
		TELEFONO
NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/año)	TELEFONO DOMICILIO

Autorizo para que paguen mis beneficios como asegurado directamente al médico y me responsabilizo financieramente de todos los cargos. Por este medio autorizo a que se liberen y se re-envíen mis registros médicos para permitir o facilitar el cobro, verificación o resolución de mi cuenta por cualquier cantidad que se me deba a mi o a un pagador tercero, organización de mantenimiento de salud, asegurador u otro plan de beneficios médicos. Esta autorización se extiende a LMG, PC o cualquiera de sus afiliados o agentes, entidad crediticia o cualquiera de sus afiliados.

Nombre en letras de molde

Firma

Fecha

NOTICE OF DEEMED CONSENT FOR HIV, HEPATITIS B OR C TESTING

LMG is required by § 32.1-45.1 of the Code of Virginia (1950), as amended, to give you the following notice:

1. If any LMG health care professional, worker or employee should be directly exposed to your blood or body fluids in a way that may transmit disease, your blood will be tested for infection with human immunodeficiency virus (the "AIDS" virus), as well as for Hepatitis B and C. A physician or other health care provider will tell you the result of the test. Under Va. Code § 32.1-45.1(A), you are deemed to have consented to the release of the test results to the person exposed.
2. If you should be directly exposed to blood or body fluids of a LMG health care professional, worker or employee in a way that may transmit disease, that person's blood will be tested for infection with human immunodeficiency virus (the "AIDS" virus), as well as for Hepatitis B and C. A physician or other health care provider will tell you and that person the result of the test.

I understand that this consent will remain in effect as long as my dependent or I receive care from LMG or until I withdraw it

Signature of Patient, Parent/Legal Guardian, or Person Acting in Loco Parentis

Date

Relationship (if signature is not of Patient)
Signature of Person Obtaining Consent