

Authorizations



Autorizaciones

Patient Information <i>Información del paciente</i>			
Name: <i>Nombre</i>		Last <i>Apellido</i>	First <i>Propio</i>
Social Security (optional) <i>Seguro Socia (opcional)</i>		Birth Date <i>Fecha de Nacimiento</i>	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <i>Género</i> <i>Hombre</i> <i>Mujer</i>
Address <i>Dirección</i>	Street <i>Calle</i>		Apt <i>Apartamento</i>
	City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	ZIP <i>Código postal</i>
Mailing Address <i>Dirección Postal</i>	Street <i>Calle</i>		Apt <i>Apartamento</i>
	City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	ZIP <i>Código postal</i>
Home Phone <i>Teléfono de Casa</i>		Work Phone <i>Teléfono del Trabajo</i>	Email <i>Correo Electrónico</i>
Other Phone <i>Otro Teléfono</i>		Primary Language if not English <i>Idioma, si no es el inglés</i>	
I GIVE MY PERMISSION TO MAIL MY BILLS TO (check all that apply) <i>Doy mi permiso de mandar por correo mis facturas a (marcar todas que correspondan)</i>			
<input type="checkbox"/> Me <i>Mí</i>		<input type="checkbox"/> The person listed as my Guarantor <i>La persona que aparece como responsable</i>	
<input type="checkbox"/> Other (please provide name, address, and phone number) <i>Otro (por favor proporcione el nombre, domicilio y número de teléfono)</i>			
THIS INFORMATION IS TRUE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE <i>Esta información es verdadera conforme a mi mejor conocimiento</i>			
Initial <i>Inicial</i>	TREATMENT AGREEMENT / CONVENIO DE TRATAMIENTO:		
	I request Family Health Center to provide me and/or my family with medical care and/or dental care and/or behavioral health care. <i>Yo solicito que Family Health Center proporcione a mí y/o a mi familia con cuidado médico y/o cuidado dental y/o cuidado de salud mental.</i>		
Initial <i>Inicial</i>	FINANCIAL RESPONSIBILITY / RESPONSABILIDAD FINANCIERA:		
	I accept financial responsibility for all professional services and/or supplies. Payment for services is due at the time rendered unless arrangements have been made prior to the visit in writing. If you feel that there is an error in your account billing, please notify our office within 60 days of the date of the original bill. <i>Yo acepto responsabilidad económica por todos los servicios profesionales y/o materiales. El pago por los servicios es debido al momento de ser facilitados, a menos de que otros arreglos se hayan hecho por escrito antes de su visita. Si usted piensa que existe un error en la facturación de su cuenta, por favor notifíquenos dentro de los primeros 60 días de la fecha original del cobro.</i>		

Authorizations



Autorizaciones

<p>RELEASE OF BENEFITS AND INFORMATION / LIBERACIÓN DE BENEFICIOS E INFORMACIÓN:</p> <p>Initial / Inicial</p> <p>I authorize my insurance benefits to be paid directly to the Family Health Center if applicable. I am financially responsible for any balance due. I authorize the Family Health Center or insurance company to release any information for all claims unless specifically limited by me in writing. <i>Yo autorizo que mis beneficios de mi seguro se paguen directamente a Family Health Center como correspondan. Yo me responsabilizo económicamente por cualquier saldo debido. Yo autorizo a Family Health Center o a la compañía de seguros a liberar cualquier información para todos los reclamos, a menos que sea limitado específicamente por mí por escrito.</i></p>	
<p>Signature of Patient/Guarantor <i>Firma del paciente o la persona responsable</i></p>	<p>Date <i>Fecha</i></p>
<p>Relationship to Patient <i>Parentesco con el paciente</i></p>	
<p align="center">MEDICARE RECIPIENTS ONLY: FOR BILLING MEDICARE <i>Beneficiarios de Medicare únicamente: para facturas a Medicare</i></p>	
<p>I request that payment of authorized Medicare benefits be made on my behalf to the Family Health Center for any services furnished to me. I authorize any holder of medical information about me to release to the Health Care Financing Administration and its agents any information needed to determine these benefits or the benefits payable for related services. <i>Yo solicito que el pago de los beneficios autorizados por Medicare se hagan en mi nombre a Family Health Center por cualquier servicio que se me proporcione. Yo autorizo a cualquier habiente de información médica acerca de mí a liberar toda información necesaria a Health Care Financing Administration y a sus agentes para determinar dichos beneficios o aquellos beneficios pagaderos por otros servicios relacionados.</i></p>	
<p>Signature of Patient/Guarantor <i>Firma del paciente o la persona responsable</i></p>	<p>Date <i>Fecha</i></p>
<p>Relationship to Patient <i>Parentesco con el paciente</i></p>	
<p align="center">AUTHORIZATION FOR TREATMENT OF A MINOR CHILD <i>Autorización para el tratamiento de un menor de edad</i></p>	
<p>Patient Name <i>Nombre del Paciente</i></p>	
<p><input type="checkbox"/> The following adults have my permission to bring the patient listed above to the Family Health Center for medical care, and/or dental care, and/or behavioral health care. <i>Los siguientes adultos tienen mi permiso para traer al paciente antes nombrado a Family Health Center para su cuidado médico y/o cuidado dental, y/o cuidado de salud mental.</i></p>	<p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>
<p><input type="checkbox"/> The Family Health Center may treat the patient listed above if he/she comes to a medical, and/or dental, and/or behavioral health, appointment unaccompanied by a parent or guardian. <i>Family Health Center puede tratar al paciente antes nombrado si él o ella viene a una cita médica, y/o dental, y/o de salud mental sin que sea acompañado por un padre o tutor.</i></p>	
<p>Parent/Guardian Signature <i>Firma del Padre o Tutor</i></p>	<p>Date <i>Fecha</i></p>
<p>Parent/Guardian Printed Name <i>Nombre del Padre o Tutor (en letra de molde)</i></p>	<p>Phone <i>Teléfono</i></p>