WILMINGTON HEALTH | TRUE Care

BIENVENIDO A WILMINGTON HEALTH **TRUE CARE**

Gracias por su confianza en Wilmington Health. **Complete y envíe el formularios adjunto dos días antes de su cita para ayudarnos a brindar la mejor atención posible.** ¡Esperamos poder servirle!

¿POR QUÉ ELEGIR WILMINGTON HEALTH?

En Wilmington Health, comienza con **Confiar**, en un lugar que lo **Respeta**. Donde la atención experta se une a un valor **Inigualable**. Y donde un enfoque colaborativo y **Empoderador** del bienestar no solo es nuestra principal prioridad, también es nuestra promesa para usted. Desde 1971, ningún otro proveedor del área ha ofrecido una atención mejor y más asequible que Wilmington Health. Lo llamamos TRUE Care. ***Y es lo que ofrecemos a nuestros pacientes todos los días.***

WILMINGTONHEALTH.COM

WILMINGTON HEALTH
wilmingtonhealth.com

Demographia

Por favor imprima, completar todas los lineas y firme.

Office Use Only: Recorded By: _____ Date: _____

Appellido de Paciente _____ Suffijo_____ Primer_____ Medio_____
Patient Last Name / Suffix / First / Middle

Apellido Anterior_____ Apodo_____ SSN_____ Fecha de Nacimiento_____ Masculino_____ Masculina_____
Prior Last Name / Nickname / SSN / Birthdate / Male / Female

Dirección Secundaria o fisica
Secondary or Physical Address

Calle_____ Apto/Edificio/Lote_____
Street / Apt/Bldg/Lot

Ciudad_____ Estado_____ Código postal _____
Cty / State / Zip

Condado_____ Pais:US/Otro_____
County / Country: US/Other

Facturación o dirección de apartado de correos
Billing or PO Box Address

Calle_____ Apto/Edificio/Lote _____
Street / Apt/Bldg/Lot

Cuidad_____ Estado_____ Código postal_____
City / State / Zip

Condado_____ Pais:US/Otro_____
Country / Country: US/Other

Proveedor de atención primaria_____ Estado Civil_____ Raza_____ Idioma_____ Etni cidad_____
Primarv Care Provider / Marital Status / Race / Language / Ethnicity

1-Nombre del Seguro Primario _____
Primary Insurance Name

ID de póliza#_____ Grupo#_____
Policy ID# / Goup#

Dirección del seguro_____
Insurance Address

Ciudad_____ Estado_____ código postal_____
City / State / Zip

Nombre del titular de la póliza (Ratrocinador)_____
Policy Holder (Sponsor) Name

Feccha de Nacimiento_____ Sexo_____ Teléfono_____
Birthdate / Sex / Phone

Calle_____ Apto/Edificio/Lote_____
Street / Apt/Bldg/Lot

Ciudad_____ Estado_____ código postal_____
City / State / Zip

Relatión del titular de la póliza con el paciente_____ __
Policy Holder's Relationship to Patient

Empleador_____
Employer

2- Nombre del Seguro Secundario_____
Secondary Insurance Name

ID de Póliza#_____ Grupo#_____
Policy ID# / Goup#

Dirección del seguro_____
Insurance Address

Ciudad_____ Estado_____ código postal_____
City / State / Zip

Nombre del titular de la póliza (Ratrocinador)_____ ____
Policy Holder (Sponsor) Name

Feccha de Nacimiento_____ Sexo_____ Teléfono_____
Birthdate / Sex / Phone

Calle_____ Apto/Edificio/Lote_____
Street / Apt/Bldg/Lot

Ciudad_____ Estado_____ código postal _____
City / State / Zip

Relatión del titular de la póliza con el paciente_____
Policy Holder's Relationship to Patient

Empleador_____
Employer

Información de contacto del paciente
Patient Contact Information

Teléfono de casa_____ Celular_____
Home Phone / Cell

Teléfono del dia_____ Alterno_____
Day Phone / Alternate

Contacto preferido (marque 1) Inicio___ Celular___ Trabajo___ Portal___
Preferred Contact (check 1) / Home / Cell / Work / Portal

Notification preferido (marque 1) Teléfono___ Texto___ **Recordatorios de voz**___
Preferred Notification (check 1) / Phone / Text / Voice Reminders

Correo electrónico_____ Rechazar correo electrónico____
E-Mail / Decline E-Mail

Portal del paciente (marque 1) Solicitud de registro_____ Ya registrado____
Patient Portal (check 1) / Desires registration / Already registered

Información de la madre (de paciente menor de 18 anõs)
Mother's Information (of patient under 18)

Primer Nombre_____ Medio_____
First Name / Middle

Appellido_____ SSN_____
Last / SSN

Teléfono_____ Fecha de Nacimiento_____
Phone / Birthdate

Calle_____ Apto/Edificio/Lote_____
Street / Apt/Bldg/Lot

Ciudad_____ Estado_____ código postal_____
City / State / Zip

Correo electrónico_____ Rechazar correo electrónico____
E-Mail / Decline E-Mail

Información del padre (de paciente menor de anõs)
Father's Information (of patient under 18)

Primer Nombre_____ Medio_____
First Name / Middle

Appellido_____ SSN_____
Last / SSN

Teléfono_____ Fecha de Nacimiento_____
Phone / Birthdate

Calle_____ Apto/Edificio/Lote_____
Street / Apt/Bldg/Lot

Ciudad_____ Estado_____ código postal_____
City / State / Zip

Correo electrónico_____ Rechazar correo eectrónico_____
E-Mail / Decline E-Mail

Información de Contacto en caso de Emergencia
Emergency Contact Information

Primer Nombre_____ Medio_____ Appellido_____ Relación_____
First Name / Middle / Last / Relationship

Calle_____ Ciudad_____ Estado_____ código postal_____
Street / City / State / Zip

Fecha de nacimineto_____ Teléfono de casa_____ Celular_____ Trabajo_____
Birthdate / Home Phone / Cell / Work

(1) Entiendo que soy responsible de los cargos no cubiertos o reembolsados por los agentes menicionados anteriormente. Estoy de acuerdo, en caso de impago, de asumir el costo de los intereses, cobro y legal acción (si es necesario). (2) Las leyes federales y estatales vigentes nos obligan a mantener la privacidad de su información médica. Nuestro document de Aviso de practicas de privacidad le informa sobre nuestra Aviso en cualquier momento. (3) Mi derecho al pago de todos los productos farmacéuticos, procedimientos, pruebas, alquiler de equipos médicos, sumimistros y servicios de enfermería/médicos, incluidos los principals beneficios médicos, se encuentran asignado a la salud de Wilmington. Esta asignación cubre todos y cada uno de los beneficios bajo Medicare, ostros programas patrocinados por el gobierno, seguros privados y cualquier otro plan de salud. Yo reconozco este document como una asignación legalmente vinculante para cobrar mis beneficios como pago de reclamos por servicios. En el caso de que mi compañía de serguros no acepte la Asignación de Beneficios, o si los pagos se realizan directamente a mi o a mi representante, aseguraré dicho pago a Wilmington Health.

	Imprimir Nombre Print Name	**Nombre de la muestra** Sign Name **(se require firma)** (Signature Required)	**Relación con el paciente** Relationship to Patient	**Fecha** Date
Paciente Patient				
Responsible Partido Responsible Party **(De paciente menor de 18 anõs O cuidado de la salud (POA)** (Of Patient Under 18 Or HealthCare POA)				

AUTORIZACIÓN para USO y / o DIVULGACIÓN de
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Autorizo el uso y / o divulgación de mi información médica protegida, como se establece a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que, si las personas u organizaciones que autorizo a continuación no son proveedores de atención médica, pueden divulgar más la información médica protegida y es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad de la información médica. **Esta autorización permanecerá vigente hasta que se proporcione un aviso de cambio por escrito.**

Información del paciente (en letra de imprenta):

Nombre: _____

Fecha de nacimiento:_____

Información de salud protegida que se utilizará y / o divulgará:

Autorizo a Wilmington Health a discutir información médica con respecto a mi atención, resultados de pruebas, citas y / o información de facturación con alguien que no sea yo mismo? Sí□ No□

En caso afirmativo, autorizo a Wilmington Health a divulgar mi información médica protegida a las siguientes personas, a quienes Wilmington Health puede contactar directamente:

	NOMBRE	RELACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
1			
2			
3			

Autorizo a Wilmington Health a dejar un mensaje sobre mi atención médica en mi correo de voz
Sí□ No□
En caso afirmativo, proporcione el número de teléfono:_____

Autorizo a Wilmington Health a enviar recordatorios de citas por mensaje de texto.
Sí□ No□
En caso afirmativo, proporcione el número de teléfono:
Tenga en cuenta que se pueden aplicar cargos de datos según su operador de telefonía celular

Reconozco que se me ha informado sobre el Aviso de prácticas de privacidad de Wilmington Health. He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido del Aviso de prácticas de privacidad de Wilmington Health.

Firma: _____ Fecha: _____

Si esta autorización está firmada por un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación con la paciente: _____