

**INFORMACIÓN DE LA(EL) PACIENTE** (Por favor escribir claramente, con letra legible) Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ SSN (Número de seguridad social) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Pronombres de género: Ella / Él / Elle / \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo/casa: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer por referirte?: \_\_\_\_\_

**Tu firma manifiesta tu acuerdo con nuestra política de cancelación de 24 horas, y reconoce que cualquier cancelación futura hecha con menos de 24 horas de anticipación estará sujeta a una tarifa igual al costo completo de la sesión a la que no llegaste. Nuestro sistema requiere de una tarjeta de crédito archivada para implementar nuestra política de cancelación. No se hará ningún cargo a tu tarjeta, excepto en el caso de que no llegues a tu consulta o canceles con menos de 24 horas de anticipación. Nunca se hará ningún cargo a tu tarjeta sin que se te notifique.**

Nombre completo \_\_\_\_\_

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

(firma del padre/madre/tutor(a) si la/el paciente es menor de edad)

**INFORMACIÓN PARA FACTURACIÓN A LA ASEGURADORA ÚNICAMENTE** Por favor proporciona todas las tarjetas de aseguradora al momento de tu visita

Tipo de póliza (Salud, auto, compensación a trabajadores): \_\_\_\_\_

Nombre la(el) asegurada(o): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre y contacto del/la ajustador(a): \_\_\_\_\_

¿Tienes algún seguro secundario? Si sí —Nombre de la compañía aseguradora secundaria: \_\_\_\_\_

**ASIGNACIÓN Y AUTORIZACIÓN:** Certifico que tengo cobertura de aseguradora con la compañía arriba especificada y asigno directamente a todos los proveedores de Synergy Health and Wellness todos los beneficios del seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los formatos que se envíen a la aseguradora. Adicionalmente, mis proveedores de salud pueden utilizar y revelar la información del cuidado de mi salud a la compañía aseguradora arriba nombrada y a sus agentes para fines de obtener el pago por los servicios y determinar los servicios relacionados con los beneficios del seguro. **Mi firma abajo certifica que estoy de acuerdo en pagar cualquier deducible, copago y coaseguro al momento del servicio, y en el evento de que el pago sea negado en la reclamación de arriba. Yo asumiré la responsabilidad del pago de los servicios otorgados. (puede implementarse un plan de pagos). Estoy consciente de que el seguro no cubre cargos por cancelación tardía o en caso de que no me presente a mi cita, y acepto plena responsabilidad de cualquier cargo relacionado con este tipo de eventos.**

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

He leído y aceptado las prácticas de privacidad Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Se me ofrecieron las prácticas de privacidad y decliné leerlas Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_