



760 S. Colorado Blvd, Unit A
 Denver, CO 80246
 Phone 303-692-8000 | Fax: 303-300-6685
 Lunes - Viernes 8:00am-8:00pm
 Sabado y Domingo 8:00am-6:00pm

Registro de Paciente

Por favor llene completamente.

Nombre de Patienté: _____ Sexo: _____ Masculino _____ Femenino
 Fecha de Nacimiento: _____ Anos: _____ Seguro social#: _____
 Dirección /Apta #: _____ Contacto de emergencia: _____
 Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono de Emergencia#: _____
 Teléfono #: _____ Relación con paciente: _____
 Confidencial Email: _____
 Mejor Forma de Contacto: _____ Teléfono _____ Email _____
 Razón de la vista: _____
 ¿Cómo se enteró de nosotros?
 Google, Yahoo, Bing Aseguranza Escuela/Universidad Manejando
 Yelp Empleador Hotel/Farmacia Familia/Amigos
 Doctor de Cabecera de Paciente Existentes Otro: _____

Basándonos en las regulaciones gubernamentales, debemos solicitar la siguiente información: Prefiero no responder

Idioma Preferido: _____ Raza: Indio Americano/Nativos de Alaska
 Asiático
 La etnicidad: Hispano o latino Negro/Africano Americano
 No Hispano o latino Caucásico
 Hawaiano nativo u otras islas de pacifico

Información del Garante:

Compruebe si es lo mismo que la información del paciente y firme con la "X" a continuación. Si no es así, complete la sección completa y firme.

Nombre: _____ Sexo: _____ Masculino _____ Femenino
 Fecha de Nacimiento: _____ Seguridad Social #: _____
 Dirección /Apta #: _____ Teléfono#: _____
 Ciudad, Estado, Código Postal: _____
 Email: _____

Reconozco la plena responsabilidad financiera por los servicios prestados y entiendo que el pago de los cargos incurridos en esta oficina es debido en el momento del servicio. También entiendo que los cargos no cubiertos por el seguro siguen siendo mi responsabilidad y asignar beneficios de seguro a esta oficina. En el caso de que mi cuenta sea entregada a una agencia de cobros, estoy de acuerdo en pagar todos los honorarios atrasados, costos de cobranza y / o honorarios de abogados y todos los costos judiciales, si los hubiera.

X: _____ Fecha: _____
 Firma del Paciente / Garante (Si el paciente es menor de edad)

Consentimiento para el tratamiento: Yo, el suscrito consiento a la atención y tratamiento por el médico asistente y / o sus asociados o asistentes. Reconozco que no se ha garantizado el efecto de tal tratamiento.

X: _____ Fecha: _____
 Firma del Paciente / Garante (Si el paciente es menor de edad)

Notificación de prácticas de privacidad: Yo, el abajo firmante, revisé el Aviso de prácticas de privacidad de la AFC Urgent Care y entiendo que puedo solicitar una copia de la póliza en cualquier momento.

X: _____ Fecha: _____
 Firma del Paciente / Garante (Si el paciente es menor de edad)



760 S. Colorado Blvd, Unit A
Denver, CO 80246
Phone 303-692-8000 | Fax: 303-300-6685
Lunes - Viernes 8:00am-8:00pm
Sabado y Domingo 8:00am-6:00pm

Importante Información

No firme si no entiende completamente las políticas. Estamos encantados de explicar el proceso si tiene preguntas.

AFC Urgent Care Denver requiere que todos los pacientes o el garante del paciente unan una tarjeta de H.S.A., tarjeta de crédito o tarjeta de débito con el perfil de paciente o el del garante. Podemos ofrecerle dos opciones:

1.) Permítanos colocar una tarjeta de su elección en el archivo. Si tiene un saldo pendiente en la cuenta después de que el seguro procese su reclamo la tarjeta en el archivo se usara para saldar la cuenta. Usted tiene la opción de establecer un plan de pago si decide que la tarjeta archivada no sea utilizada o hacer múltiples pagos. También tiene la opción de remover su tarjeta de su archivo después de que todos los cargos hayan sido pagados.

2.) Si usted decide no colocar una tarjeta de pago en su archivo, tendrá que hacer un depósito de \$ 140 hoy en adición de su copago o de su depósito de deducible. Esta cantidad se aplicará a su saldo pendiente después de que el seguro procese su reclamo. En caso de que su seguro cubra su visita, comuníquese con el departamento de viles para iniciar el proceso de reembolso.

Esta información es necesaria antes de ser tratado (a). No podremos proporcionar tratamiento sin esta información de pago. **Esta póliza no se aplica a los pacientes con seguros de Medicaid.**

Por la presente autorizo a AFC Urgent Care Denver a cobrar mi cuenta por cualquier deducible, coaseguro, copago o servicios no cubiertos después de recibir la explicación de beneficios de mi aseguradora. Además, entiendo que, si mi tarjeta no se procesa con éxito, podría incurrir en cargos por dilatación, cargos financieros y figas por cobros. Si tiene alguna pregunta, llame a las oficinas de facturación entre lunes a viernes de 8 am a 4 pm al número telefónico 303-782-1111.

Nombre como aparece en la tarjeta

Imprimir Nombre del Paciente

Firma: _____

Firma del Paciente / Garante (Si el paciente es menor de edad)

Fecha: _____

Reconocimiento de Políticas de Narcóticos

No llenamos / rellenos sustancias controladas de DEA tales como narcóticos, ADHD, o medicamentos de Ansiedad. Consulte a su especialista para más información. Gracias por su cooperación.

He leído y estoy de acuerdo en cumplir con la declaración anterior sobre la Política de Narcóticos de AFC Urgent Care.

Firma: _____

Firma del Paciente / Garante (Si el paciente es menor de edad)

Fecha: _____

** Todas las firmas en esta página son válidas por un año desde la firma y la fecha y se correlacionan con todas las visitas en ese año.*

Descargo de responsabilidad sobre recibir mensaje de textos de AFC Urgent Care Denver

AFC Urgent Care puede contactar a los pacientes por mensaje de texto para servirles mejor. Los pacientes tienen la opcion de no recibir estas comunicaciones en cualquier momento con solo contestar "STOP" a el primer mensaje.