



MAIN STREET
Urgent Care
A Minor Emergency Clinic

1421 S. Main St. Suite #111, Boerne TX, 78006
Phone: (830) 249-9995 Fax: (830) 249-9868
1426 E. Main St, Fredericksburg, Suite #300 TX 78624
Phone: (830) 997-9995

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ___ Edad: _____ Fecha: ___ / ___ / ___
Apellido: _____ Domicilio: _____ Apt: _____
Primer Nombre: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ Código Postal: _____
Seguro Social (Últimos 4 números): _____ Sexo M F Email: _____
Race: _____
 African American Asian
 Native American or Alaska Native Native Hawaiian or Pacific Islander
 Asian White
Teléfono: () _____ - _____
Teléfono Celular: () _____ - _____
Notificación de Emergencia: _____
Teléfono: () _____ - _____ Relación: _____

PARTE RESPONSABLE

Nombre: _____
Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ___ Seguro Social (Últimos 4 números): _____ Sex M F
Domicilio: _____ Apt: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ Código Postal: _____
Teléfono de la Casa: () _____ - _____ Teléfono Celular: () _____ - _____ Email: _____
Relación de Paciente: Padre/Madre Guardián Persona Autorizada (*por favor, vean en el otro lado*)

INFORMACIÓN DE PRIMERO MÉDICO

Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ Sexo M F
Nombre Del Seguro: _____ Grupo: _____
Domicilio: _____ Apt: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ Código Postal: _____
Relación Del Paciente: Padre/Madre Guardián Persona Autorizada (*por favor, vean en el otro lado*)

INFORMACIÓN DE SEGUNDO MÉDICO

Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ Sexo M F
Nombre Del Seguro: _____ Grupo: _____
Domicilio: _____ Apt: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ Código Postal: _____
Relación Del Paciente: Padre/Madre Guardián Persona Autorizada (*por favor, vean en el otro lado*)

CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS

Referencia del Doctor: _____ El Internet Previa Cita
 Anuncio periódico Signo Comercial Otro: _____
 Referencia de amigos La Escuela



MAIN STREET
Urgent Care
A Minor Emergency Clinic

1421 S. Main St. Suite #111, Boerne TX, 78006
Phone: (830) 249-9995 Fax: (830) 249-9868
1426 E. Main St, Fredericksburg, Suite #300 TX 78624
Phone: (830) 997-9995

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Noticia de Privacidad Práctica

Reconozco que he leído, entiendo, y acepto la Noticia de Privacidad Práctica de Quality Acute Care, PA/Main Street Urgent Care (MSUC).

Nombre (impresión): _____

Firma de Paciente/Guardián: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

La póliza financiero de tratamiento

Usted será responsable de pagar en total o la cantidad que se indica por su plan de seguro.

Si tienen seguro:

Si Quality Acute Care, PA/MSUC tiene contrato con su compañía de seguros, vamos a presentar su reclamo directamente a su compañía de seguros. Usted será responsable de pagar su co-pago, co-seguro, u otra cantidad que no es cubierto de su compañía de seguros. Usted puede recibir una cuenta de Quality Acute Care, PA/MSUC para cualquier saldo no pagado.

Si no tienen seguro:

Si no tienen seguro o Quality Acute Care, PA/MSUC no tiene contrato con su compañía de seguros, necesita que pagar en su totalidad hoy. Si el tratamiento requiere prueba de laboratorio, radiografía, vacunas, medicaciones, u otras procedimientos médicas, necesitan que pagar completamente por ellos también inmediatamente después su cita.

Autorización para la revelación De información médica, responsabilidad de financiera

Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica o pertinentes necesarios para obtener estos beneficios a mi compañía de seguros, o cualquier otra entidad médica para la atención medica continua. Entiendo que es mi responsabilidad de informar cualquier cambio en la cobertura del seguro. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier cantidad no cubierto por mi plan de seguro. Entiendo que si no tengo plan de seguro o Quality Acute Care, PA/MSUC no tiene contrato con mi compañía de seguros, soy financieramente responsable por pagar en total.

Firma de Paciente/Guardián: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Consentimiento de Tratamiento

Consiento en permitir a los médicos y/o personal clínico en el Quality Acute Care, PA/MSUC proporcionar la asistencia médica a mí, mi niño, o el paciente que presento como aplicable. Firmando abajo, consiento en permitir al médico y/o personal clínico realizar la asistencia médica necesario o apropiada incluso exámenes físicos, diagnostico, y tratamiento. Autorizo Quality Acute Care, PA/MSUC para liberar mi información médica incluyendo: diagnostico, radiografías, pruebas de resultados, informes y registros concernientes a cualquier tratamiento o examen rendido a mí. Si tienen preguntas, por favor contactemos a (830) 249-9995.

Firma de Paciente/Guardián: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

El parte autorizad (si aplicable)

Yo certifico que tengo autorización de representar el paciente en cuenta a atención médica y tratamiento.

El nombre del padre: _____

El teléfono del padre: _____

La firma del parte autorizado: _____

Fecha: ____ / ____ / ____