



REGISTRO Y ACUERDO FINANCIERO - PINNACLE HEALTHCARE - PINNACLE MEDICAL GROUP

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO:  M  F
DIRECCIÓN DE CORREO: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_
TELÉFONO DE LA CASA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO MOVIL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_
SEGURO SOCIAL #: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_
FARMACIA DE PREFERENCIA (Nombre, Ubicación, Número de teléfono): \_\_\_\_\_

RAZA:  Blanco  Negro o afroamericano  Indio Americano o Nativo de Alaska  Asiática  Más de una raza  Nativo de Hawai  Otras islas del Pacífico  Negó a Informe / No declarada
ETNICIDAD:  Hispano o Latino  No Hispano o Latino  Se negó a Reportar / no declarada IDIOMA:  Inglés  Español  Otro:

INFORMACIÓN - CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_
ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL PATRÓN O PADRES/GUARDIAN

EMPLEADOR O GUARDIAN: \_\_\_\_\_
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_
ESTADO: \_\_\_\_\_ POSTAL: \_\_\_\_\_

\*Para lesiones relacionadas con el trabajo solamente:

\*DURACIÓN DEL EMPLEO: \_\_\_\_\_ \*TÍTULO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_ \*FECHA DE LA LESIÓN: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN PRIMARIA DEL SEGURO

SEGURO: \_\_\_\_\_
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ POSTAL: \_\_\_\_\_
TELÉFONO: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_
SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ EMPLEADOR DEL SUSCRIPTOR: \_\_\_\_\_
NÚMERO DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE GRUPO: \_\_\_\_\_
RELACIÓN AL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN SECUNDARIA DEL SEGURO

SEGURO: \_\_\_\_\_
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ POSTAL: \_\_\_\_\_
TELÉFONO: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_
SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ EMPLEADOR DEL SUSCRIPTOR: \_\_\_\_\_
NÚMERO DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE GRUPO: \_\_\_\_\_
RELACIÓN AL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_

POR FAVOR PONER SUS INICIALES EN LAS SIGUIENTES DECLARACIÓN

Table with 3 columns containing checkboxes and text for authorization, understanding of benefits, and privacy acknowledgment.

ACUERDO FINANCIERO - PACIENTE E PINNACLE HEALTHCARE - PINNACLE MEDICAL GROUP

Estado Financiero: Firme con iniciales por favor cada uno de las declaraciones abajo antes de iniciar servicios medicos

Reconozco que estoy solicitando el tratamiento del grupo de Pinnacle Medical, Pinnacle HealthCare y que sere responsable de cualquier costo para ese tratamiento, cueste lo que cueste de si o no tener cobertura de seguro. Entiendo que Pinnacle Healthcare no es un proveedor participante de Medicaid y no presentara una reclamacion a Medicaid. Acepto pagar puntualmente al recibo, cualquier honorario o declaracion por servicios prestados.

También estoy de acuerdo que si cualquier balancé aún está pendiente por un período de noventa (90) días, ese equilibrio se considera delincuente y puede ser entregado a una agencia de cobro, o un abogado para la colección. Si la cuenta es entregada a una agencia de cobranza o un abogado de la delincuencia, estoy de acuerdo en que, además de los cargos hechos por Pinnacle HealthCare para los servicios médicos, también voy a pagar el cargo hecho por la agencia de cobro [\$ 25.00] y / o razonable honorarios y gastos de abogados incurridospor recoger el saldo pendiente de pago de mi cuenta. Se le cobrará un interés del 1% mensual o 12% anualmente sobre los saldos pendientes. Cheques de devolución o de carga de la tarjeta de crédito de nuevo se le cobrará una tarifa de servicio de \$35.00.

Yo e leído y entiendo el registro entero y el acuerdo financiero arriba. Yo e tenido la oportunidad de tener mis preguntas contestadas y mi firma abajo señala mi aceptacion completa de los términos de politicas y de las expectativas de los servicios proporcionados por Pinnacle Healthcare.

NOMBRE \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ TESTIGO \_\_\_\_\_



REGISTRATION AND FINANCIAL AGREEMENT – PINNACLE HEALTHCARE – PINNACLE MEDICAL GROUP

PATIENT DEMOGRAPHIC INFORMATION

NAME: DATE OF BIRTH: SEX: ADDRESS: CITY: STATE: ZIP: HOME PHONE: CELL PHONE: WORK PHONE: SOCIAL SECURITY NUMBER: EMAIL ADDRESS: PREFERRED PHARMACY (NAME, LOCATION, PHONE NUMBER): RACE: ETHNICITY: LANGUAGE:

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

NAME: RELATION: ADDRESS: CITY: STATE: ZIP: PHONE:

EMPLOYER INFORMATION OR PARENT/GUARDIAN

EMPLOYER OR GUARDIAN: ADDRESS: CITY: STATE: ZIP:

\*The following is for work related injuries ONLY \*LENGTH OF EMPLOYMENT: \*JOB TITLE: \*DATE OF INJURY:

PRIMARY INSURANCE INFORMATION

INSURANCE: ADDRESS: CITY: STATE: ZIP: PHONE: SUBSCRIBER NAME: SUBSCRIBER SOCIAL SECURITY: SUBSCRIBER EMPLOYER: SUBSCRIBER ID #: GROUP #: RELATIONSHIP TO SUBSCRIBER: SUBSCRIBER DATE OF BIRTH:

SECONDARY INSURANCE INFORMATION

INSURANCE: ADDRESS: CITY: STATE: ZIP: PHONE: SUBSCRIBER NAME: SUBSCRIBER SOCIAL SECURITY: SUBSCRIBER EMPLOYER: SUBSCRIBER ID #: GROUP #: RELATIONSHIP TO SUBSCRIBER: SUBSCRIBER DATE OF BIRTH:

PLEASE INITIAL THE FOLLOWING STATEMENT IN ACKNOWLEDGMENT

Table with 3 columns containing acknowledgment statements for medical authorization, insurance coverage, and privacy notice.

FINANCIAL AGREEMENT - PATIENT AND PINNACLE HEALTHCARE - PINNACLE MEDICAL GROUP - Financial Statement: Please initial each of the statements below prior to initiating medical services

- Two paragraphs of financial agreement text, each preceded by a box for initials.

I have read and understand the entire Registration and Financial Agreement above. I have had the opportunity to have my questions answered in full and my signature below designates full acceptance of the policies, terms and expectations of services provided by Pinnacle HealthCare.

NAME (PLEASE PRINT) SIGNATURE DATE WITNESS