Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Primero MI Último  
Hombre\_\_\_\_\_ Mujer\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Estado Civil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de Calle Ciudad Estado Scodigo postal

Teléfono de la casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajo o Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro Social#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si el paciente es parte responsable del menor de edad?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ASEGURANZA PRIMARIA**  
Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente: Mismo Padre Esposo(a) Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Nombre de Aseguranza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono: (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_  
Identificación #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Grupo #/Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ASEGURANZA SECUNDARIA**  
Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente: Mismo Padre Esposo(a) Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Nombre de Aseguranza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono: (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_  
Identificación #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Grupo #/Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Yo asigno todos los beneficios médicos, para incluir beneficios médicos a los que tengo derecho. Por lo presente autorizo mi compañía de seguros, incluyendo Medicare, el seguro privado de salud y cualquier otro/plan médico, para emitir cheque(s) directamente a Emily Rekuc, DO de los servicios médicos prestados a mí y/o mis dependientes. *Yo entiendo que soy responsable por cualquier monto no cubierto por el seguro, de acuerdo con las directrices de mi seguro.***

**Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Autorización de Tratamiento**  
Doy mi consentimiento y autorizo ​​el tratamiento, que en conjunto con el juicio de mi médico de cabecera, que se consideren necesarias y / o conveniente para el diagnóstico y / o tratamiento del paciente nombrado arriba en E

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

**FORMA DE CONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS Y PRIVACIDAD**  
Emily Rekuc, DO *se reserva* *el derecho de modificar* *las prácticas de privacidad* *descritas* *en la convocatoria.*

**He recibido una copia de la Notificación de prácticas de privacidad para Emily Rekuc, DO.**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(en letra de imprenta)

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información de Política Financiera y** **Seguros**

Yo entiendo y acepto que las formas de reclamación de seguro será sometido a mi compañía de seguros como una cuestión de conveniencia, y que soy responsable por todos los cargos, independientemente de mi cobertura médica existente. Yo doy la autorización para el pago de los beneficios del seguro que se harán directamente a Dr. Emily Rekuc por los servicios prestados. En el caso de que mi compañía de seguros envíe el pago directamente a mí, en lugar de Dr. Rekuc, que entregará de forma inmediata dicho pago al Dr. Rekuc. Yo entiendo y acepto que soy totalmente responsable y obligado(a) al pago de todos los aranceles impuestos por servicios profesionales prestados y pagará cualquier suma adeudada, a la demanda. Entiendo y estoy de acuerdo en que si se hace necesario para Dr. Rekuc utilizar una agencia de colección exterior o para iniciar una acción judicial, para el cobro de los cargos pendientes, yo seré responsable por el saldo pendiente (más un cargo por procesamiento de $ 35), y, además, los honorarios de abogados, costos judiciales y otros gastos de litigio.

**Co-Pagos**

Debido a las obligaciones contractuales con su compañía de seguros, todos los co-pagos serán recogidos en el momento del servicio. Los co-pagos no son facturables y la recolección de los co-pagos no es negociable. Hay un cobro de $35 por regresar un cheque.

**Llenado de formas**  
Existe un costo por completar formas tales como forma de discapacidad, DMV o ausencia por enfermedad. El costo varía de acuerdo al tipo de forma. Con un costo de mínimo $25 dólares. El pago por este servicio es pagado por adelantado y únicamente en efectivo. Por favor, permita un tiempo de 2-3 días hábiles para el llenado de estas formas.

**Política de la Oficina del Dr. Rekuc**

He recibido una copia de las políticas de la oficina y tengo un claro entendimiento de las mismas, así como sus expectativas He leído la porción acerca de cancelación excesiva, y de no acudir a las citas programadas, entiendo que si no me presento a 3 citas que nuestra relación médico-paciente se va dar por terminada y tenderé que obtener un nuevo médico.

He revisado y entiendo las políticas mencionadas. Al firmar doy por entendido que soy responsable de estos gastos y consecuencia.

**Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**