



DEMOGRAFICAS

APELLIDO		NOMBRE		INICIAL
# DE SEGURO SOCIAL		SEXO		PREFIJO/SUFIJO
FECHA DE NACIMIENTO(mm/dd/año)		ESTADO CIVIL (indique con un círculo) Soltero/a/Casado/a/Divorciado/a/Viudo/a/Compañero/a		ESTUDIANTE (indique con un círculo) No A tiempo complete A tiempo parcial
DIRECCION		CIUDAD/ESTADO		CODIGO POSTAL
TELEFONO DOMICILIO(incluyacódigo del área)		TELEFONO TRABAJO		TELEFONO CELULAR
RAZA indique con un círculo) BlancaNegra/AfroamericanaAsiático Hawaii/Islas del PacíficoOtrarazaIndioamericano/Nativo de Alaska		ETNIA(indique con un círculo) Hispano o latinoNo hispano o latino Desconocida		IDIOMA PREFERIDO InglésEspañol U Otro: _____
EMPLEADOR	POSICION O TITULO	DIRECCION DEL EMPLEO		TELEFONO DEL EMPLEADOR
FARMACIA PREFERIDA	TELEFONO DE LA FARMACIA	DIRECCION ELECTRONICA		
MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO PARA MENSAJES DE SU CITA (por favor marque uno)				
MENSAJE DE TEXTO		EMAIL		TELÉFONO DE SU CASA

INFORMACION SOBRE CONTACTO/GARANTE

CONTACTO (escojapor lo mensouna, con un círculo) Contacto de emergenciaParientemáscercano AseguradoAutorizadoparaobtenertratamiento		APELLIDO		NOMBRE		INICIAL
# DE SEGURO SOCIAL	FECHA NACIMIENTO(mm/dd/año)	RELACION CON EL PACIENTE		SEXO	ESTADO CIVIL	
DIRECCION DOMICILIAR		CIUDAD/ESTADO		CODIGO POSTAL	TELEFONO DOMICILIO	
EMPLEADOR		TELEFONO DEL TRABAJO		POSICION O TITULO		

Si no se incluyeinformaciónsobre el garante, se presumiráque el pacientees el responsable de pagar la cuenta.

CONTACTO (escojapor lo menosuna, con un círculo) Contacto de emergenciaParientemáscercano AseguradoAutorizadoparaobtenertratamiento		APELLIDO		NOMBRE		INICIAL
# DE SEGURO SOCIAL	FECHA NACIMIENTO (mm/dd/año)	RELACION CON EL PACIENTE		SEXO	ESTADO CIVIL	
DIRECCION DOMICILIAR		CIUDAD/ESTADO		CODIGO POSTAL	TELEFONO DOMICILIO	
EMPLEADOR		TELEFONO DEL TRABAJO		POSICION O TITULO		

→
SIGUE

INFORMACION SOBRE POLIZA DE SEGUROS

NUMERO DE LA POLIZA	ID DEL GRUPO	FECHA DE VIGENCIA
TIPO (escoja solo uno) SaludAutomóvilIndemnizaciónporaccidente Otro	SEGURO PRIMARIO Sí No	FECHA CADUCIDAD
		MONTO DEL COPAGO Consulta: \$ _____ Especialista: \$ _____
NOMBRE DE ASEGURADORA/PLAN	DIRECCION DE LA ASEGURADORA	
		TELEFONO
NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO(mm/dd/año)	TELEFONO DOMICILIO
DIRECCION DEL ASEGURADO		MEDICO PRIMARIO

INFORMACION SOBRE SEGURO SECUNDARIO (si se aplica)

NUMERO DE LA POLIZA	ID DEL GRUPO	FECHA DE VIGENCIA
TIPO (escoja solo uno) SaludAutomóvilIndemnizaciónporaccidente Otro	SEGURO PRIMARIO Sí No	FECHA CADUCIDAD
		TIPO (escoja solo uno) SaludAutomóvilIndemnizaciónporaccidente Otro
NOMBRE DE ASEGURADORA/PLAN	DIRECCION DE LA ASEGURADORA	
		TELEFONO
NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/año)	TELEFONO DOMICILIO

Autorizo para que paguen mis beneficios como asegurado directamente al médico y me responsabilizo financieramente de todos los cargos. Por este medio autorizo a que se liberen y se re-envíen mis registros médicos para permitir o facilitar el cobro, verificación o resolución de mi cuenta por cualquier cantidad que se me deba a mi o a un pagador tercero, organización de mantenimiento de salud, asegurador u otro plan de beneficios médicos. Esta autorización se extiende a LMG, PC o cualquiera de sus afiliados o agentes, entidad crediticia o cualquiera de sus afiliados.

Nombre en letras de molde

Firma

Fecha

NOTICE OF DEEMED CONSENT FOR HIV, HEPATITIS B OR C TESTING

LMG is required by § 32.1-45.1 of the Code of Virginia (1950), as amended, to give you the following notice:

1. If any LMG health care professional, worker or employee should be directly exposed to your blood or body fluids in a way that may transmit disease, your blood will be tested for infection with human immunodeficiency virus (the "AIDS" virus), as well as for Hepatitis B and C. A physician or other health care provider will tell you the result of the test. Under Va. Code § 32.1-45.1(A), you are deemed to have consented to the release of the test results to the person exposed.
2. If you should be directly exposed to blood or body fluids of a LMG health care professional, worker or employee in a way that may transmit disease, that person's blood will be tested for infection with human immunodeficiency virus (the "AIDS" virus), as well as for Hepatitis B and C. A physician or other health care provider will tell you and that person the result of the test.

I understand that this consent will remain in effect as long as my dependent or I receive care from LMG or until I withdraw it

Signature of Patient, Parent/Legal Guardian, or Person Acting in Loco Parentis

Relationship (if signature is not of Patient)
Signature of Person Obtaining Consent

Date