

## INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN Y SEGURO

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Número de membresía GHC-SCW \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número telefónico de la casa \_\_\_\_\_ Número celular \_\_\_\_\_

### PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA

**(no se requiere llenar este espacio si es la misma persona con los datos anteriores)**

**Padre/madre o guardián si el/la paciente es menor de edad)**

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Número de membresía de GHC-SCW \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número telefónico de la casa \_\_\_\_\_ Número celular \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE MEDICARE - Si está en Medicare, complete la siguiente sección:

Número de Medicare \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia (mes/día/año) \_\_\_\_\_

Tengo Medicare porque (por favor marque una opción):  Estoy jubilado.  Soy discapacitado.  Tengo enfermedad renal terminal.

¿Tiene seguro suplementario de Medicare?  Sí  No ¿Está usted empleado?  Sí  No

### SI NO TIENE SEGURO DE SALUD:

- Es posible que se le solicite hacer un pago antes de recibir los servicios.
- Recibirá una cuenta de cobro por el saldo restante.
- El pago se debe realizar dentro de los treinta (30) días posteriores de recibir su cuenta de cobro.

Si no puede pagar la cuenta de cobro, por favor llame al Departamento de Facturación Médica (Medical Billing) de GHC-SCW al (608) 251-4138 para hablar sobre acuerdos de pago.

-----  
Mi firma a continuación significa que estoy oficialmente de acuerdo con las siguientes declaraciones:

- He leído este formulario y entiendo lo que dice.
- La información que escribí previamente es verdadera, correcta y completa.



- Le doy permiso a GHC-SCW para enviar una cuenta de cobro a mi compañía de seguros de salud actual y a cualquier compañía de seguros de salud que elija en el futuro; dicha cuenta de cobro divulgará información sobre salud y seguros sobre mí o mi hijo.
- Soy responsable de pagar mi atención médica, incluso si mi seguro de salud no paga todos los servicios que recibo. Estoy de acuerdo con pagar el saldo.
- Acepto voluntariamente recibir tratamiento para mí o para mi hijo en GHC-SCW.
- Entiendo que puedo solicitar el Aviso de prácticas de privacidad de GHC-SCW.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha (mes /día /año) \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor (si el paciente es menor de edad) \_\_\_\_\_ Fecha (mes /día /año) \_\_\_\_\_