

# Central Coast Oncology & Hematology

Amy McMullen, MD      Michael Yen, MD PhD

## Demografía del Paciente y Seguro Médico

Nombre Legal (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)			
Nombre Preferido			
Género (asignado al nacer)	Pronombre (Él, Ella, Ellos)	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
Dirección		Ciudad, Estado	Código Postal
Teléfono (Casa/Celular)		Correo Electrónico	
Preferencia de Contacto (Por favor circule uno) Casa      Celular      Ambos		Estado Civil	Empleador
Raza (por favor circule o subraye) Indígena Americano/Nativo de Alaska    Indio Asiático Negro/Africano    Americano    Chino    Filipino Japonés Coreano    Nativo Hawaiano    Otro    Isleño del Pacífico    Prefiere no responder Samoano Vietnamita    Blanco/Caucásico		Origen Hispano (por favor circule o subraye)    Cubano Mexicano    No Hispano    Otro    Origen Hispano/Latino/Español    Puertorriqueño Prefiere no responder	
Preferencia de Idioma (por favor circule) Inglés    Español    Otro: _____		Solicitudes de acomodación especial:  _____	
Doctor de cabecera		Doctor que lo refirió a nuestra oficina	
Nombre de Contacto de Emergencia (Apellido, Nombre) y teléfono		Relación con su contacto de emergencia	
Plan de Seguro Médico Primario		Número de Miembro	
Plan de Seguro Médico Secundario		Número de Miembro	
Plan de Seguro médico Terciario		Número de Miembro	

Firma: \_\_\_\_\_ Fetcha : \_\_\_\_\_

---

# Central Coast Oncology & Hematology

Amy McMullen, MD      Michael Yen, MD PhD

---

## Consentimiento para Tratar

Consiento cualquier examen o procedimiento que me sea realizado bajo las instrucciones de mi médico. Reconozco que los médicos que me brindan servicios son agentes independientes.

Inicial \_\_\_\_\_

## Asignación de Beneficios al Médico

Yo autorizo el pago de beneficios del seguro para ser pagados directamente a Central Coast Oncology & Hematology por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos, ya sea que estén cubiertos por el seguro o no. Nuestros pacientes de Atención Administrada serán responsables de todos los servicios no cubiertos según lo indique su plan. En caso de incumplimiento, aceptó pagar todos los costos de cobro y honorarios razonables de abogados. Yo autorizo a Central Coast Oncology & Hematology a liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Además, aceptó que una fotocopia de este acuerdo será tan válida como el original.

Inicial \_\_\_\_\_

## Aviso a los Pacientes de la Base de Datos de Pagos Abiertos

La base de datos de Pagos Abiertos es una herramienta federal utilizada para buscar pagos realizados por empresas de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales de enseñanza. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>

Inicial \_\_\_\_\_

## *Solo para pacientes de Medicare: Autorización de Medicare para Pagar Beneficios al Médico*

Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare sea realizado a mí o en mi nombre a Central Coast Oncology & Hematology por cualquier servicio que me haya sido prestado. Autorizo al poseedor de la información médica sobre mí a liberar al Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Inicial \_\_\_\_\_

---

Firma del Paciente o Representante Personal

---

Fecha

---

Imprima el Nombre del Paciente o Representante

---

Relación con el Representante Personal