



Datos de Paciente Nuevo

Notificación sobre la Privacidad

Declaro que he recibido una copia de la Notificación sobre la Privacidad del Departamento Quirúrgico Hugh Chatham de acuerdo a lo que requiere la Ley de Portabilidad y Protección de Datos sobre la Salud (ley HIPAA por sus siglas en inglés).

Firma del Responsable

Fecha

Dependiente o Esposo/a del Titular de Cobertura de Seguro Médico

Si su cobertura de seguro médico es por medio de una póliza a nombre de su esposo/a o de su madre/padre, debemos obtener la fecha de nacimiento y el número de seguro social de esa persona titular de la póliza a efectos de poder luego cumplir con los requisitos necesarios para presentar los cargos a su compañía de seguro. Lamentamos cualquier inconveniente que esto pueda causarle y apreciamos su comprensión sobre la necesidad de cumplir este requisito.

Nombre del Titular de la Póliza: _____

Número de Seguro Social del Titular de la Póliza: _____

Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: _____

Firma del Responsable

Fecha