



# Emmanuel Family Clinic-Saluda

Franco B Godoy, MD Gisella E Godoy, MD Candace Lawer-Johnson, FNP

501 W Butler Avenue Saluda, SC 29138

Phone: (864) 445-2250 Fax: (877)870-2854

## INFORMACION DEL PACIENTE

Porfavor complete e imprima todas las secciones

**INFORMACION PERSONAL DEL PACIENTE:** Estado Marital:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

Sexo:  F  M

**Raza:** American Indian-Alaska Native-Asian-Black/African American-Native Hawaiian-White-Pacific Islander-Mas de una raza-Reusa reportar

**Origen Etnico:** Hispano o Latino --- No Hispano o Latino --- Reusa reportar

**Language preferido:** Ingles  Español  Otro

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Farmacia: \_\_\_\_\_

Telefono de casa: (\_\_\_) \_\_\_ - \_\_\_ Telefono del trabajo: (\_\_\_) \_\_\_ - \_\_\_ Telefono Celular: (\_\_\_) \_\_\_ - \_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Numero de Licencia: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Correo electronico: \_\_\_\_\_

**PERSONA RESPONSIBLE:** Relacion con el paciente:  El mismo  Esposo/a  Hijo/a  Padres  Otro \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Dia de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Telefono de casa: (\_\_\_) \_\_\_ - \_\_\_ Telefono del trabajo: (\_\_\_) \_\_\_ - \_\_\_ Telefono Celular: (\_\_\_) \_\_\_ - \_\_\_

**INFORMACION DEL EMPLEO:**  Tiempo complete  Tiempo parcial  Retirado

Estudiante a tiempo complete  Estudiate a tiempo parcial

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Telefono del trabajo: (\_\_\_) \_\_\_ - \_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE LA ASEGURANZA:** Porfavor presente su tarjeta de aseguranza a la recepcionista.

**Nombre de la Aseguranza Primaria:** \_\_\_\_\_

#Grupo: \_\_\_\_\_ #Poliza: \_\_\_\_\_ \$Co-pago: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Dia de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SS#: \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Relacion con el paciente:  El Mismo  Esposo/a  Hijo/a  Padres  Otro

**Nombre de la Aseguranza Secundaria:** \_\_\_\_\_

#Grupo \_\_\_\_\_ #Poliza: \_\_\_\_\_ \$Copago: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Dia de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SS#: \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Relacion con el paciente:  El Mismo  Esposo/a  Hijo/a  Padres  Otro

**Como Te Refirieron la Clinica Emmanuel-Saluda?** Television  Website  Medio Social/Facebook/Twitter



# Emmanuel Family Clinic-Saluda

Franco B Godoy, MD Gisella E Godoy, MD Candace Lawer-Johnson, FNP

501 W Butler Avenue Saluda, SC 29138

Phone: (864) 445-2250 Fax: (877)870-2854

Familia/Amigo \_\_\_\_\_ Revista \_\_\_\_\_ Miraste la Clinic \_\_\_\_\_ Otro, explica \_\_\_\_\_

## Contacto de Emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Telefono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Telefono del trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Telefono Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Yo, El que firma, autorizo a Emmanuel Family Clinic de Saluda, a proveerme de todos los servicios medicos razonablemente necesarios.

Autorizo que el pago por estos servicios medicos recibidos sean hechos directamente a Emmanuel Family Clinic de Saluda.

Autorizo al doctor a proveer a la compania aseguradora la informacion referente al cuidado de mi salud, tratamientos y/o material medico recibidos con el fin de asegurar el pago por dichos servicios y el uso de una copia de este document como original.

Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier monto no cubierto por mi compania aseguradora.

Entiendo que todos los pagos de deducible y co-pago son rendidos al momento del servicio.

Entiendo que el cargo por cheques devueltos son de 30 dolares mas los cargos del banco.

En el caso de no tener aseguranza debo pagar el cobro de la consulta y cualquier otro servicio rendido y en caso de tener un balance puedo hacerlo en pagos periodicamente.

**SI NO PUEDE MANTENER SU CITA DEBE AVISAR CON 24-48 HORAS DE ANTICIPACION SINO PUEDE HABER UN CARGO A SU CUENTA**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha