

Membership Application

La Solicitud de Membresía



Mail to: DIME Medical

340 Main Street

Darlington, WI 53530

Fax to: (855) 574-5406

Phone: (608) 482-2005

Patient Name: _____

Nombre del Paciente

Date: _____

Fecha

Gender: _____ **Male** _____ **Female** _____ **Other:** _____

El sexo

Hombre

Mujer

Otro

Date of Birth: _____

Fecha de Nacimiento

Address line 1: _____

Dirección línea 1

Address line 2: _____

Dirección línea 2

City: _____

Ciudad

State: _____

Estado

Zip Code: _____

Código Postal

Preferred email: _____

Correo Electrónico Preferido

Home Phone: _____

Número de teléfono

Cell Phone (may be same): _____

Número celular (puede ser lo mismo)

Work phone: _____

Número de teléfono del trabajo

IMPORTANT PERMISSION REQUEST:

SOLICITUD IMPORTANTE DE PERMISO:

For convenience, patients may often like to use EMAIL, phone Text messaging, webcam, and similar means to communicate in timely way with DIME Medical and Dr. Robiolio. These methods are considered LESS secure because they may be viewed by someone else. If you are registering for your family - then you are making this statement for the entire family who are under the age of 18 years. Anyone over 18 years of age will need to give their own permission.

Para la conveniencia, a los pacientes muchas veces les gusta usar el EMAIL, textos de celular, la cámara web, y métodos similares para comunicarse con DIME Medical y el Dr. Robiolio. Esos métodos son considerados MENOS seguros porque se pueden ser vistos por otras personas. Si usted está registrando para su familia - entonces está haciendo esta declaración para todos los miembros de la familia bajo de la edad de 18 años también. Cualquier miembro que tiene más de 18 años tendrá que hacer su propia declaración.

Membership Application

La Solicitud de Membresía

Do you give permission to DIME Medical and Dr. Robiolio to communicate with you using these methods? ¿Usted da su permiso a DIME Medical y el Dr. Robiolio para comunicarse con usted utilizando estos métodos mencionados antes?

☐ Yes ☐ No (which will mean only voice phone and mail)
Sí No (que significa que solamente por voz en teléfono y el correo)

The next Questions help to determine Membership Eligibility. No specific individual answer is disqualifying: Las próximas preguntas ayudan a determinar la elegibilidad para la membresía. No hay respuestas individuales que le descalifiquen a usted:

1. Have you seen Dr. Robiolio in the past 12 months? (Dr. Robiolio has some noncompete contract restrictions with Memorial Hospital): ¿Ha sido atendido por el Dr. Robiolio en los últimos 12 meses? (Dr. Robiolio tiene un contrato de no-competencia con el Memorial Hospital):

☐ Yes ☐ No
Sí No

2. Do you have health insurance? ☐ Yes ☐ No
¿Usted tiene seguro médico? Sí No

If yes, what is your health insurance company? _____
Si usted contestó sí, ¿cuál es su compañía de seguro médico?

(This information will not be used for payment at DIME Medical but may help in counseling for payment options for care outside of DIME Care.)

(Esta información no será utilizada para los pagos a DIME Medical, pero puede ayudar en aconsejarle a usted para las opciones para la atención fuera de la de DIME.)

3. If you have health insurance, do you have High Deductible Health Insurance? High Deductible is defined by the IRS as an individual with \$1,350 or more and family \$2,700 or more per year deductible. Si usted tiene seguro médico, ¿tiene un seguro de alto-deductible? Alto-deductible se define por el IRS como un deducible para un individuo con \$1350 o más y familia \$2700 o más al año.

☐ Yes ☐ No ☐ Unsure
Sí No No lo sé

4. Do you have Medicare Insurance? Medicare patients are not eligible for membership due to controversy with Medicare laws and the membership fee of DIME Medical, while Dr. Robiolio remains a Medicare participating provider in a separate business at Memorial Hospital. ¿Usted tiene el seguro de Medicare? Los pacientes de Medicare NO son elegibles para la membresía debido a las leyes de Medicare, mientras Dr. Robiolio es proveedor de Medicare en Memorial Hospital.

☐ Yes ☐ No
Sí No

5. Do you have Medicaid or similar state publically funded health insurance? A yes answer does disqualify you from membership at DIME Medical at this time. ¿Usted tiene Medicaid o un seguro médico fundado públicamente por el Estado? Un sí le descalifica a usted en este momento.

☐ Yes ☐ No
Sí No

I have read and agree with the **Terms of Service Agreement**. Version: _____

He leído y me acuerdo con **el Acuerdo de Servicios Médicos**.

Versión

☐ Yes/Sí ☐ No/No

Membership Application

La Solicitud de Membresía

EMERGENCY CONTACTS:

CONTACTOS PARA LAS EMERGENCIAS:

1. Name: _____
Nombre

Phone: _____
Número de Teléfono

2. Name: _____
Nombre

Phone: _____
Número de Teléfono

Signature: _____ Date: _____
La Firma Fecha

Signature of Parent or legal guardian if applicable:

La firma de Un Pariente o Representante Legal, si se aplica:

_____ Date: _____
Fecha