

### Información del paciente

Nombre del paciente:	Fecha:
Dirección:	Fecha de nacimiento del paciente: Sexo:
Ciudad:	Nombre de preferencia:
Estado:                      Código postal:	Número de Seguro Social (SSN):
Teléfono de casa:	Proveedor:
Teléfono celular:	Raza:
Teléfono del trabajo:	Etnia:
Correo electrónico:	Idioma:

### Consentimiento para métodos de contacto

Autorizo a Colorado Physician Partners a que me proporcione asesoría e información médica a través de los siguientes medios (marque todas las casillas que correspondan):

- Buzón de voz     Mensaje de texto     Correo electrónico  
 Casa    Celular    Trabajo  
 Otro \_\_\_\_\_

### Consentimiento de la Ley de Protección al Consumidor de Telecomunicaciones

Para aumentar su eficiencia, Colorado Physician Partners y sus consultorios pueden ponerse en contacto con usted a través de un sistema automático de marcado telefónico. Indique a continuación si acepta este método de contacto.

- Autorizo a Colorado Physician Partners y a sus empleados, agentes y cesionarios a ponerse en contacto conmigo a través de correo electrónico, mensajes de texto y comunicaciones dirigidas a mis dispositivos móviles mediante sistemas automáticos de marcado telefónico o una voz artificial o pregrabada.  
 No autorizo a Colorado Physician Partners a ponerse en contacto conmigo a través de un sistema automático de marcado telefónico o una voz artificial o pregrabada.

### Contacto de emergencia

Nombre:	Teléfono:	Relación con el paciente:
---------	-----------	---------------------------

### Comunicación con otras personas

Autorizo a Colorado Physician Partners a compartir mi información con las siguientes personas cuando sea directamente relevante para mi atención médica o para el pago de mi atención médica:

Nombre:	Teléfono:	Relación con el paciente:
Nombre:	Teléfono:	Relación con el paciente:
Nombre:	Teléfono:	Relación con el paciente:

### Información del garante

Nombre del garante: <input type="checkbox"/> El mismo que el paciente	Fecha de nacimiento del garante:
Dirección del garante:	Teléfono del garante:
Ciudad:	Relación del garante con el paciente:
Estado:                      código postal:	

### Información del seguro

Seguro primario:	Seguro secundario:
Número de identificación:	Número de identificación:
Número de grupo:	Número de grupo:
Nombre de grupo:	Nombre de grupo:
Nombre del suscriptor: <input type="checkbox"/> El mismo que el paciente	Nombre del suscriptor: <input type="checkbox"/> El mismo que el paciente
Fecha de nacimiento del suscriptor:	Fecha de nacimiento del suscriptor:

**Autorización para pagar los beneficios al médico:** Autorizo la divulgación de la información médica o de otro tipo necesaria para tramitar las reclamaciones del seguro médico. También solicito el pago de los beneficios a mí o a mi proveedor, Colorado Physician Partners, cuando acepten la asignación.

**Autorización de divulgación de información médica:** Autorizo a Colorado Physician Partners a divulgar cualquier información necesaria para mi tratamiento a mi proveedor de seguro.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente (o representante personal)

\_\_\_\_\_  
 Fecha