



DATE: \_\_\_\_\_  
(Fecha)

**PATIENT INFORMATION (INFORMACION DEL PACIENTE)**

Full Legal Name (Patient) \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
(Nombre Completo) Last (Apellido) First (Nombre) M (Sexo) (Fecha de Nacimiento)

Social Security Number: \_\_\_\_\_ Referring MD(who referred you?) \_\_\_\_\_  
(# De Seguro Social) (Médico que lo recomendó)

Mailing Address (Street & PO Box): \_\_\_\_\_  
Dirección (Calle y PO Box)

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Teléfono de casa)

Occupation: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Employer's Name: \_\_\_\_\_  
(Ocupación) (Teléfono de Trabajo) (Nombre del Empleador)

Cell Phone: \_\_\_\_\_ Would you like this listed as your primary contact number? Yes No  
(Número de Celular) (¿Este es su número principal?) Si No

Email Address: \_\_\_\_\_  
(Correo Electrónico)

Emergency Contact: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
(Contacto En Caso de Emergencia) (Relación)

Address: \_\_\_\_\_ Phone#: \_\_\_\_\_  
(Dirección) (Teléfono)

If patient is a minor: Father's Name: \_\_\_\_\_ Mother's Name: \_\_\_\_\_  
(Si el paciente es menor): (Nombre del padre) (Nombre de la madre)

Father's work phone: \_\_\_\_\_ Mother's work phone: \_\_\_\_\_  
(Teléfono de trabajo del padre) (Teléfono de trabajo de la madre)

Race:  African-American (Africana Americana)  Alaska Native (Nativa de Alaska)  American Indian (India Americana)  
(Raza)  Asian (Asiática)  Hispanic/Latino (Hispano/Latino)  Native Hawaiian (Hawayana)  
 Other Pacific Islander (Otra de las islas del Pacífico)  White Caucasian (Blanca Caucásica)  
 Refuse to answer (Rehúsa contestar)

Ethnicity:  Hispanic/Latino (Hispano/Latino)  Non-Hispanic/No-Latino (No-Hispana/No-Latino)  
(Etnicidad):  Refuse to answer (Rehúsa contestar)

Preferred Language:  English (Inglés)  Spanish (Español)  Russian (Ruso)  German (Alemán)  French (Francés)  
(Idioma Preferido)  Italian (Italiano)  Other, please specify (Otro, Favor de Especificar) \_\_\_\_\_

**INSURANCE INFORMATION: Please fill out the information below if the patient is not the primary on the insurance plan.**  
**INFORMACION DE SEGURO MEDICO: Por favor incluya la información de la persona responsable en su seguro.**

**We participate with many insurance companies. If your insurance company is one with whom we participate, we must have complete and current information in order to process your claim.**

**Nosotros participamos con muchas compañías de seguro médico. Si su compañía es una de las participantes debemos tener información completa y actual para procesar su cuenta.**

Name of person to whom the policy is issued: \_\_\_\_\_  
(Nombre del Asegurado)

Policy holder's date of birth: \_\_\_\_\_ Policy holder's social security number: \_\_\_\_\_  
(Fecha de Nacimiento del Asegurado) (# de seguro social del asegurado)

### **CONSENT FOR TREATMENT**

I hereby give consent to the physician and staff of High Country Healthcare P.C. to render such care and treatment as might be required by my condition. Such care can include, but is not limited to diagnostic procedures such as laboratory and imaging examinations, rehabilitation, medical and/or surgical treatment and injections.

Patient/Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### **PAYMENT POLICY**

High Country Healthcare P.C. will file all insurance for Summit County residents as a courtesy. If High Country Healthcare P.C. is not contracted with your insurance company, you will be responsible for payment towards your deductible and any co-insurance for the visit at the time of service. If you are not a resident of Summit County, and do not have an insurance that we are contracted with, payment will be due at the time of service. We will provide you with the information necessary for you to file your claim with your insurance company. Any unpaid patient balance will accrue at 1-1/2% monthly billing charge after 90 days. Any collection fees, attorney fees, or returned check fees are the responsibility of the adult persons named on the account.

In addition, I assign directly to High Country Healthcare, P.C. all surgical and/or medical benefits, if any, otherwise payable to me for services rendered.

I understand that if I have not listed any insurance above, or if the insurance I have listed is not contracted with High Country Healthcare P.C. that I am responsible for any out of network deductibles and co-insurance at the time the service is rendered.

I also verify that all the information contained on these information sheets is true and correct, to the best of my knowledge and belief. I authorize High Country Healthcare P.C. to release my complete records to my insurance company in order to process my claim and to or from other physicians or medical facilities that may be pertinent and necessary to care and treatment.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### **PERMISO PARA TRATAMIENTO**

Por medio de la presente doy mi consentimiento al médico y al personal de High Country Healthcare P.C. de proporcionar el cuidado y tratamiento necesarios para tratar mi condición. Dicho cuidado puede incluir pero no es limitado a procedimientos de diagnóstico tal como exámenes de laboratorio, imágenes, rehabilitación, tratamiento médico y/o quirúrgico e inyecciones.

Paciente/Padre/ Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **POLIZA DE PAGO**

High Country Healthcare P.C. le proporcionará las facturas a las compañías de seguros médicos como cortesía para los residentes del Condado de Summit. Si High Country Healthcare P.C. no tiene un contrato con su compañía de seguro médico, usted será responsable de realizar los pagos de su deducible y cualquier pago por el cual usted sea responsable como parte de su póliza al momento de recibir los servicios. Si usted no es residente del Condado de Summit y no tiene un seguro médico con el que tengamos contrato, tendrá que realizar el pago al momento de recibir los servicios. Nosotros le proporcionaremos la información necesaria para que usted pueda presentar un cobro con su compañía de seguro médico. Un interés de 1- 1/2% mensual se acumulará a su cuenta por cualquier saldo no pagado después de 90 días. Cualquier tarifa de recolección, abogados o cheques devueltos son responsabilidad de las personas adultas nombradas en la cuenta del paciente.

Adicionalmente, yo asigno directamente a High Country Healthcare P.C. todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos si llegaran a proporcionarse o cualquier pago dirigido para mí por los servicios prestados.

Yo entiendo que si no les proporcioné un número de seguro médico, o si la compañía de seguro médico que he proporcionado no tiene un contrato con High Country Healthcare P.C., yo soy responsable del pago de cualquier deducible por obtener servicios fuera de mi red de cobertura y cualquier pago que sea mi responsabilidad como parte de mi póliza al momento de recibir los servicios.

También verifico que toda la información contenida en este formulario es correcta y legítima en base a mi conocimiento. Yo autorizo a High Country Healthcare P.C. para compartir todo mi archivo clínico con mi compañía de seguro con el fin de procesar el cobro y para colaborar con otros médicos o entidades médicas que sean pertinentes y necesarias para mi cuidado y tratamiento.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_