



707 N. Armstrong Place
Boise, Idaho 83704
Phone: (208) 327-7400
Fax: (208) 327-8579

For Office Use Only

Client # _____

Fee Category # _____

Has Ins. Medicaid No Ins.

Chart Ready Time: ____:____ ^{am}/_{pm}

Initials: _____

Formulario de Registro de Cliente

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre

Inicial

Apellido

Apellido de Soltera

Por favor, proporcione la siguiente información

Dirección de Domicilio

Apto #

Ciudad

Estado

Código Postal

de Casa: _____

Celular: _____

Por favor seleccione el mejor método para poder comunicarnos con usted para poder darle resultados de pruebas, una segunda visita, saldo de cuenta, etc.

Por Teléfono: Si No

Por texto: Si No

Por Correo: Si No

Apellido de Soltera de su Madre: _____ **Contraseña (Código):** _____

Por Favor Ponga Sus Iniciales

_____ He leído y entiendo el **Aviso de Prácticas** de Privacidad del Departamento de Salud del Distrito Central.

_____ He leído, entiendo y acepto los términos incluidos en la póliza financiera de CDHD. Asimismo, reconozco y acepto que CDHD no participa actualmente en Medicare, PPO, HMO, o planes de proveedor participante. Entiendo que al optar por no revelar mi estado financiero o usar mi cobertura de seguro de salud, yo seré responsable de todos los honorarios al momento del servicio. Yo reconozco que es mi responsabilidad de saber qué servicios médicos están cubiertos por mi plan de seguro.

_____ He leído, y entiendo totalmente, y estoy de acuerdo con los términos incluidos en el **Consentimiento para Servicios y Autorización para Divulgar Información Médica por Teléfono.**

_____ Entiendo y reconozco que podría incurrir cargos de laboratorio si no cumplo con los criterios de prueba, y el pago se esperará al momento del servicio para las pruebas de laboratorio.

Firma del cliente

Fecha