DEPARTAMENTO DE SALUD DE CALHOUN/CONDADO DE LIBERTY
10971 NW SPRING STREET, BRISTOL, FL 32321 (850) 643-2415 FAX (850) 643-5689
19611 SR 20 W. BLOUNTSTOWN, FL 32424 (850) 674-5645 FAX (850) 674-5420

CUIDADO RÁPIDO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido	Nombre de pila	Inicial Media

Fecha de nacimiento	Número de Seguridad Social	Sexo al nacer (☑ uno) ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección física	Ciudad	Estado	Código postal	Condado

Dirección postal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código postal	Condado

También conocido como (otro nombre que usas o prefieres que te llamen):	Número de teléfono y tipo:

Dirección de correo electrónico (solo para adultos):

Carrera (☑ uno):
☐Asiático
☐ Hawaiano nativo
☐Otros isleños del Pacífico
☐Negro/Afroamericano

Etnia (☑ uno):
☐Blanco
☐Indio americano/nativo de Alaska
☐ Hispanic/Latino
☐ No hispano/latino

Lengua principal hablada: **¿Necesitas un intérprete?** ☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN DE LA CUENTA DEL PACIENTE

¿La persona responsable del pago es la misma que el paciente? ☐ Sí ☐ No **Si no, por favor completa:**

La persona responsable del pago realiza lo siguiente:

Apellido	Nombre de pila	Inicial Media

Número de Seguridad Social	Fecha de nacimiento	Número de teléfono y tipo:

Relación con el paciente: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor Legal

Tarifas de Atención Rápida

Servicio	Tarifa
Visita de Atención Rápida (Nueva) – Se incluye el primer servicio	75,00 $
Visita de Atención Rápida (Establecida) – Se incluye el primer servicio	60,00 $
Análisis de orina	5,00 $
Prueba de gripe	5,00 $
Prueba de Covid	5,00 $
Prueba de estreptococo	5,00 $
Administración/Inyección de Medicamentos	5,00 $
Riego por orejas	20,00 $
Eliminación de suturas	15,00 $

Entiendo que las citas de Atención Rápida se facturan al coste completo y no son elegibles para la escala de tarifas móviles. Acepto pagar en el momento de la cita por cualquier servicio prestado.

FIRMA DEL CLIENTE/PADRE o TUTOR

NOMBRE IMPRESO DEL CLIENTE/PADRE O TUTOR o TUTOR

Fecha