

INFORMACION DE CUENTA DEL PACIENTE

Paciente

Nombre _____ Hombre Mujer
Apellido Nombre Segundo Nombre
Domicilio _____
Ciudad Estado Codigo Postal
Casa Tel. # _____ Trabajo Tel. # _____ Fecha de Nacimiento _____
Seguro Social # _____ Estado Marital: Soltero Casado Divorciado Viudo
Nombre del Doctor _____ Nombre del Empleador _____ Tel# _____
Domicilio del Empleador _____
Ciudad Estado Codigo Postal

Parte Responsable de Finanzas

Nombre _____ Hombre Mujer
Apellido Nombre Segundo Nombre
Domicilio _____
Ciudad Estado Codigo Postal
Casa Tel. # _____ Trabajo Tel. # _____ Fecha de Nacimiento _____
¿Quien te recomendo? _____ Licencia #: _____
¿Usted o miembros de su familia han sido pacientes aqui anteriormente? Si No

Informacion Aseguranza Primera

Nombre de la Persona que tiene Aseguranza _____
Apellido Nombre Segundo Nombre
Domicilio _____
Ciudad Estado Codigo Postal
Fecha de Nacimiento (asegurado) _____ Hombre Mujer
Seguro Social # _____ Aseguranza ID # _____
Grupo # _____ Empleador _____
Relacion al Paciente: Paciente Esposo Niño Otra _____

Informacion Aseguranza Segunda

Nombre de la Persona que tiene Aseguranza _____
Apellido Nombre Segundo Nombre
Domicilio _____
Ciudad Estado Codigo Postal
Fecha de Nacimiento (asegurado) _____ Hombre Mujer
Seguro Social # _____ Aseguranza ID # _____
Grupo # _____ Empleador _____
Relacion: Paciente Esposo Niño Otra _____

Contactar en caso de Emergencia

Nombre _____ Relacion _____
Domicilio _____
Casa Tel. # _____ Trabajo Tel. # _____

Por este medio autorizo a que mis beneficios de seguro médico sean hechos directamente a mi doctor y cualquier doctor asistente, por servicios prestados.

Por este medio declaro que la información de seguro médico, arriba descrita, es cierta y que yo soy un miembro elegible y comprendo que yo soy responsable y conozco mis beneficios/cobertura. Yo sere responsable por todos los cargos que no sean cubiertos por mi compañía de seguro médico. Yo comprendo que sera cargado a mi cuenta un cobro de financiamiento de 1% despues de 90 días.

Tambien, por este medio, autorizo para que toda mi información sea brindada a otros doctores y a oficinas de seguro que lo soliciten con proposito de pago por servicios médicos y/o tratamiento médico a brindarse por otro doctor. Cualquier copia de este documento puede ser valida como la original.

Los cargos deberan ser pagados al momento de la consulta. Todos los cargos son responsabilidad del paciente. No podemos prestar servicios asumiendo que nuestros servicios seran pagados por la compañía de seguro médico. Su cobertura es un acuerdo entre usted y su compañía de seguro médico. En caso de tener problemas al hacer los cobros a usted, se le cargaran a su cuenta los costos de abogados, agencia de cobros y cualquier cobro relacionado a su cuenta. Por este medio declaro que he leído, comprendido y doy mi consentimiento.

Firma _____ Fecha _____