

# INFORMACION DE CUENTA DEL PACIENTE

## Paciente

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer  
Apellido Nombre Segundo Nombre  
Nombre del Doctor \_\_\_\_\_  
Estado Marital:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Nombre del Empleador y Domicilio \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_  
Licencia #: \_\_\_\_\_

## Parte Responsable de Finanzas

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Codigo Postal  
Casa Tel. # \_\_\_\_\_ Trabajo Tel. # \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
¿Quién te recomendo? \_\_\_\_\_ Licencia #: \_\_\_\_\_  
¿Usted o miembros de su familia han sido pacientes aquí 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 \_\_\_\_\_