

Información del Paciente

Fecha: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____

Codigo Postal _____ # Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

#Tel.Casa _____ # Tel.Cell _____ #Tel. Trabajo _____

#Licencia de manejo _____ Estado Civil: Casado Soltero Vuido Divorciado

Sexo: Masculino Femenino Correo Electronico/EMail: _____

Contacto en caso de Emergencia: _____ # Tel. _____

Nombre de Doctor Primario _____ # Tel. _____

Nombre de quien lo Refirio _____ # Tel. _____

Farmacia Preferida: _____ # Tel. _____

Persona Responsable _____ Relacion al Paciente _____

Dirección (si diferente del paciente) _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ # Tel. _____

Seguro Social _____ # Licencia de Manejo _____

Informacion del Seguro Medico: *Es su responsabilidad proveernos su mas reciente tarjeta de seguro medico.*

Aseguranza Primario: _____ # ID _____

Grupo _____ Dueno de la Poliza _____

Fecha de Nacimiento _____ # Seguro Social _____ Relacion al Paciente _____

Aseguranza Secundario: _____ # ID _____

Grupo _____ Dueno de la Poliza _____

Fecha de Nacimiento _____ # Seguro Social _____ Relacion al Paciente _____

Aseguranza de Vista/Ojos _____

Divulgación de información / Asignación de Beneficios / Consentimiento para Tratar

Yo autorizo el uso de esta forma en todos los envíos de seguros y autorizo que la información necesaria sea usada para procesar un reclamo a mis compañías de seguros y permito que la copia de esta autorización sea utilizada en lugar del original. Autorizo al proveedor actuar como mi agente para obtener el pago de mis compañías de seguros, pero entiendo que el proveedor no es responsable de recoger mis reclamos de seguro o para la negociación de un acuerdo sobre las reclamaciones en disputa. Asigno todos los derechos y las solicitudes de reembolso de gastos permitidos bajo mi plan de seguro y autorizo el pago directamente al proveedor de los servicios prestados. Entiendo que es mi responsabilidad saber mis beneficios del seguro y que voy a recibir un estado de cuenta mensual para cualquier saldo adeudado por mí. Todo los cheques regresados serán evaluados una tarifa de \$ 25 y serán procesados si no se paga en su totalidad dentro de 10 días con una tarjeta de crédito, en efectivo o giro postal.

Doy mi consentimiento para la atención médica y quirúrgica que se considere aconsejable por mi médico.

Firma: _____ Fecha: _____