

Forma Demografica

Información de Paciente:

Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ Numero de Seguro Social ____ - ____ - ____

Genero: Mujer () Hombre () Otro ()

Idioma Preferido: () Ingles () Español () Otro, especifique _____

Dirección del Paciente : _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Número de Teléfono: () Casa ____ - ____ - ____ () Celular ____ - ____ - ____
() Trabajo ____ - ____ - ____ ext. ____

Correro Electronico: _____

Información de Aseguranza:

Nombre de Titular: _____ Relación con Paciente: _____

Fecha de Nacimiento de Titular: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación con Paciente: _____

Número de Teléfono: ____ - ____ - ____

Información de Parte Responsable del Menor:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación con Menor: _____

AUTHORIZACION PARA EL TRATAMIENTO Y EL ACUERDO FINANCIERO: Autorizo el tratamiento de la persona mencionada anteriormente. Autorizo la publicación de cualquier información médica necesaria para procesar las reclamaciones de seguros. Puedo solicitar el pago de los beneficios del gobierno o de otra agencia de seguros beneficios a los medicos o la instalación de servicios prestados. Se acordó que si no se realizan los pagos por seguros, yo sere responsable (esto incluye la falta de pago debido al lapso de deducibles, seguros de cobertura, o condiciones preexistentes.) **AVISO:** NO FIRME este acuerdo hasta que usted lo haya leído y acepta la condiciones establecidas anteriormente.

Firma: _____ Fecha: _____

Esta institución es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Volte>>>