

### **Informacion del Paciente**

Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Numero de Licencia: \_\_\_\_\_  
Numero de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Elije: Hombre / Mujer      Soltero / Casado / Divorciado      Estudiante? Si or No

Direccion: \_\_\_\_\_ Direccion de Coreo: \_\_\_\_\_  
Cuidad, Estado, and Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Telefono de Casa: \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo/Celular: \_\_\_\_\_

### **Encaso de Emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

\*Referido por (por favor circulo) Amigo Periódístico Farmacia Relativa Otro

Nombre: \_\_\_\_\_

### **Persona Responsable:**

Responsable Persona Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono #: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Nombre de Trabajo: \_\_\_\_\_

### **Informacion de Seguransa**

#### **#1 Seguransa**

Nombre de Seguransa Compania: \_\_\_\_\_ # de ID \_\_\_\_\_

Poseedor de Seguransa: \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_

Poseedor de Seguransa seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

#### **#2 Seguransa**

Nombre de Seguransa Compania: \_\_\_\_\_ # de ID \_\_\_\_\_

Poseedor de Seguransa Numbre: \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_

Poseedor de Seguransa seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### **La autorización Para la Liberación de Información**

Autorizo el personal de médicos y paciente externo en la asistencia en este caso a liberar información médica a la compañía de seguros pertinente (las compañías) o carriers de terceros y solicitar que ese pago es hecho directamente a la entidad que factura, solicito también ese pago de beneficios de mi portador secundario del Seguro, es pagado a la entidad que factura hasta de otro modo notificado.

La firma de Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_

### **Políticas de oficina**

1. Entiendo que soy financieramente responsable de ningún equilibrio no cubrió por mi portador del Seguro.
2. Entiendo que los co-pagos son debidos en el tiempo del servicio.
3. Entiendo que una copia de mi tarjeta del seguro debe ser mostrada en cada visita.
4. Entiendo que soy responsable de proporcionar una referencia de mi médico primario del cuidado (fenciclidina), debe mi seguro requiere uno, y eso si uno no es recibido mi cita será cancelada.

La firma de Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_