

**Bienvenido a nuestra oficina! Por favor complete esta forma y regresela a nuestra recepcionista. Por favor nos proporciona con su tarjeta actual de seguro medico.**

**Informacion Personal:**

**Fecha:**      /      /17

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Numero de casa: \_\_\_\_\_ Numero de celular: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

*Ciudad*

*Estado*

*Area Postal*

SS#: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: M F Estado civil: Soltero/a Divorciado/a Casado/a Viudo/a

Idioma: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

**Informacion de Seguro Medico:**

Que Tipo de Seguro tiene?

Comercial Medicare Medicaid HMO/PPO Ninguno

Seguro Primario: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona primaria: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

ID# \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona primaria: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

ID# \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

**Informacion del Empleo:**

Empleo: \_\_\_\_\_

*(Si es retirado/por, favor ponga ultimo empleo)*

Direccion de Empleo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Posicion: \_\_\_\_\_ Tiempo completo o medio tiempo / Retirado

En caso de emergencia a quien notificar: \_\_\_\_\_

Relacion a la persona: \_\_\_\_\_ #de Tele \_\_\_\_\_

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

**Informacion de su Esposo/Esposa:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_ # de Tele: \_\_\_\_\_

Empleo y Direccion: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(Si es retirado/a, por favor ponga ultimo empleo)*

Quien Lo Recomendo a Nuestra Oficina \_\_\_\_\_

Nombre de Medico Familiar \_\_\_\_\_

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

#de Tele: \_\_\_\_\_

**Informacion Medica:**

La visita de hoy esta relacionada a lo siguiente (Favor circular uno):

Problema Medico

Herida Relacionada con el Trabajo

Relacionado a un accidente de auto

Examen Rutinario

**Persona financiermente responsable de la cuenta:**

\_\_\_\_\_  
(Su Nombre)

\_\_\_\_\_  
(Su Firma)

PACIENTES CON MEDICARE: Usted sera responsable por su deducible anual, y su copago (20%) en el momento en que reciba el servicio. Como cortesia, nuestra oficina enviara un reclamo a su seguro secundario, si usted es participante de Medigap.

Yo autorizo que cualquier informacion acerca de mi, incluyendo medica que sea necesaria para procesar este reclamo, o sea relacionada con un reclamo a Medicare, sea proporcionada a mi seguio medico, o a los centros de servicio de Medicare y Medicaid (CMS), o a sus agentes intermediarios.

Por lo tanto asigno todos los beneficios a los cuales tengo derecho, ya sean medicos o quirurgicos, incluyendo Medicare y otros programas patrocinados por el gobierno, seguros privados o cualquier plan de salud a: James E. Haberman, M.D. Yo permito que una copia de esta autorizacion sea usada en lugar del original, esto servira como una autorizacion de por vida, incluyendo para Medicare.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 17  
Fecha