

Bienvenido a nuestra oficina. Complete por favor esta forma y regresela a nuestra recepcionista. Por favor nos proporciona con su tarjeta actual de seguro.

Informacion Personal:

Fecha: ____ / ____ /10

Nombre: _____

De Tele _____ # de Trabajo _____

De Celular _____

Direccion: _____

	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Area Postal</i>
--	---------------	---------------	--------------------

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

SS#: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Informacion de Seguro Medico:

Que Tipo de Seguro tiene?

Comercial Medicare Medicaid HMO/PPO Ninguno

Seguro Primario: _____

Nombre de La Persona que tiene el seguro: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ID# _____ Relacion al Paciente: _____

Seguro Secundario: _____

Nombre de La Persona que tiene el seguro: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ID# _____ Relacion al Paciente: _____

Empleo: _____

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

Direccion de Empleo: _____

Posicion: _____ Tiempo completo o medio tiempo / Retirado

En caso de emergencia por favor notificar: _____

Relacion a La persona: _____ #de Tele _____

Direccion: _____

Informacion del 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 de circular uno)

Problema Medico Herida Relacionada con el Trabajo

Relacionado a un accidente de auto Examen Rutinario

Persona Financiermente responsable de Cuenta:

(Su Nombre)

(Su Firma)

Usted sera responsable por su deducible anual, y su copago (20% para pacientes con Medicare) 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 seguro 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

_____/_____/10
Fecha