

**Bienvenido a nuestra oficina! Por favor complete este formulario solo en tinta negra y devuélvalo a nuestra recepcionista. Proporcione una tarjeta de seguro y una identificación con foto para obtener una copia.**

**Informacion Personal:**

**Fecha:**      /      /19

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

Numero de telefono: \_\_\_\_\_ 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 Recomendó 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. Calquier balance que se manda a colecciones sera cobrado \$75 adicional.

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

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 19  
Fecha