

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: ____ / ____

/21

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 cortesía, 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. Calquier balance que se manda a colecciones sera cobrado \$75 adicional.

Firma de Paciente

____ / ____ / 21
Fecha