

Nombre del Paciente:		<u>Sexo</u> M F	Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad _____	Estado Marital: Soltero/a [] Casado/a [] Divorciado/a [] Viudo/a []
Direccion:		<u>Ethnicity:</u> Hispanic [] Non-Hispanic []		Seguro Social del paciente: Tiene usted hecho una Directiva de Instrucciones Anticipado o un "Testamento en Vida" Si [] No []
Ciudad	Estado	Codigo Postal	Telefono de Casa :	
Correo Electronico:		Cellular:		
Raza: Blanco [] Negro/Africano Americano [] Indio Americano/ Nativo de Alaska [] Asiatico [] Otra Isla del Pacifico _____ Otra Raza: _____				
Persona Responsable por la Cuenta? (El Asegurado)		Circule Uno: Yo Conyuge Padres	Fecha nacimiento del Asegurado ____/____/____	Seguro Social del Asegurado
Nombre del Empleador <u>del Asegurado</u>			Ocupacion <u>del Asegurado</u>	
Direccion de Empleo <u>del Asegurado</u>			Numero de Telefono <u>del Asegurado</u>	
Nombre de Conyuge/ Acompañante <u>O</u> nombre de Padres/Guardiantes DEL PACIENTE				Telefono de contacto
Para el Paciente: Nombre del Empleador o sitio de Educacion			Ocupacion	Numero de Telefono
Direccion:			Estado:	Codigo Postal
Razon por la visita:			Fue Referido...?	
Nombre de Contacto en caso de emergencia? {requirido}		Relacion al paciente?	Numero de contacto para emergencia	
Direccion				
Medicare? Si [] No []	Medicare #	Medicaid ? Si [] No []	Medicaid #	Fecha de Efectividad
Nombre de aseguranza primaria [si es que tiene empleo- <u>su seguro de empleo es primario!</u>] (favor de entregar una copia en la recepcion)				
Nombre de aseguranza Secundaria o Suplementaria (favor de tambien entregar una copia en la recepcion)				
Firma de por vida Yo certifico que la información contenida en este formulario es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Si en algun momento mi aseguranza cambia, reforma o modifica yo, como el actual paciente sere el unico responsable de informar y actualizar mi informacion con la oficina de mi primario. Además, Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar los reclamo(s) para todo tratamiento(s) y pago(s). Yo autorizo el pago de beneficios médicos a Andres Patron D.O. TIN: 05-0560236 proveedor de servicios. Yo estoy de acuerdo, independientemente de la cobertura del seguro de que yo soy responsable de todos los gastos incurridos. El pago será REQUERIDO al momento que el medico o consulta rinde servicio. Le enviaremos el cobro o factura a su seguro como una cortesía. Por lo tanto, el paciente es el responsable de conocer su cobertura y su contrato con la aseguranza. Entiendo de que soy financieramente responsable de los servicios no cubiertos por mi compañía de seguros y me comprometo a pagar todos los costos de colección, honorarios de abogados , y todos los demás costos asociados con la colección de cualquier cuenta, cantidad, o balance. Este consentimiento incluye , sin limitaciones, los futuros resultados de pruebas, pruebas pendientes o resultados de laboratorios. Yo, el firmante, autorizo al proveedor y quien sea designado como su asistente(s), a administrar servicios, tratamientos y procedimientos que en su opinión se consideren necesario.				
Firma del Paciente			Fecha	