

**Datos personales del paciente**

_____	_____	_____	_____	_____
Apellido	Nombre	Número de SS	Sexo	Fecha de nacimiento
_____		_____	_____	_____
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
□(____)_____	□(____)_____	□(____)_____	Estado civil: S C D V	
Teléfono de casa	Teléfono de trabajo	Teléfono celular		

**Marcar la(s) casilla(s) si da su permiso para dejar un mensaje de voz detallado con información médica**

**Datos de facturación (si son distintos a los de arriba mencionados)**

_____	_____	_____	_____	_____
Apellido	Nombre	Número de SS	Sexo	Fecha de nacimiento
_____		_____	_____	_____
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal
(____)_____	(____)_____	(____)_____	_____	
Teléfono de casa	Teléfono de trabajo	Teléfono celular		

_____	_____	_____	_____
Nombre de marido/padre (guardián)	Número de SS	Fecha de nacimiento	Empleador
Otros miembros de la familia inmediata que son pacientes: _____			

**Persona de Contacto en Caso de Emergencia**

_____	Teléfono (____)_____
-------	----------------------

**Seguro Principal** \_\_\_\_\_

_____	_____	_____
	Número de membresía	Número de grupo
<b>Nombre del asegurado</b> _____	_____	_____
	Fecha de nacimiento	Relación al paciente
_____	(____)_____	_____
Seguro Social del asegurado	Empleador	Número de teléfono

**Seguro Secundario** \_\_\_\_\_

_____	_____	_____
	Número de membresía	Número de grupo
<b>Nombre del asegurado</b> _____	_____	_____
	Fecha de nacimiento	Relación al paciente

Nombre del médico familiar \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección del médico familiar \_\_\_\_\_

Nombre del doctor recomendante \_\_\_\_\_

### **Asignación de beneficios**

Yo solicito que el pago de beneficios autorizados sea efectuado al Allergy Immunology Clinic por servicios recibidos. Yo autorizo que sea compartida información médica a la compañía de seguros o al Health Care Financing Administration y sus agentes a fin de tramitar la reclamación al seguro y/o determinar beneficios. Esta asignación permanecerá vigente hasta que el paciente la revoque por escrito. Un plan de pago está disponible y se lo puede concertar con el contador. El pago de esta cuenta vence 30 días tras recibir la factura. Nosotros le cobraremos a su compañía de seguros como una cortesía. No obstante, el paciente se responsabiliza para el pago de la factura. Se le cobrará una multa de \$20 por cualquier devolución de cheque del banco. Asimismo se le cobrará una multa de \$25 si el paciente falta a la cita o si no se cancela una cita con 24 horas de anticipación.

**En lo mejor de mi conocimiento, la información proporcionada aquí es correcta y yo entiendo que soy responsable para el pago de esta cuenta.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

----- Para Uso Exclusivo de la Oficina -----

Verified with patient \_\_\_\_\_ Updated computer \_\_\_\_\_

