

Datos personales del paciente

Apellido	Nombre	Número de SS	Sexo	Fecha de nacimiento
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
<input type="checkbox"/> (____)	<input type="checkbox"/> (____)	<input type="checkbox"/> (____)	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
Nombre del asegurado	_____	Fecha de nacimiento	Relación al paciente
		(____)	_____
Seguro Social del asegurado	Empleador	Número de teléfono	

Seguro Secundario _____

		Número de membresía	Número de grupo
Nombre del asegurado	_____	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 _____

