

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Por favor escriba claramente en letra de molde

Fecha: _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Nombre del paciente: (Apellido) _____ (Primer nombre): _____ (Inicial): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Estado civil: S C D V Sexo: Femenino Masculino

Teléfono de la casa (con área): () _____ Teléfono del trabajo (con área): () _____ Celular: _____

Nombre de la Parte Responsable: (Apellido) _____ (Primer Nombre): _____ (Inicial): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Estado civil: S C D V Sexo: Femenino Masculino

Teléfono de la casa (con área): () _____ Teléfono del trabajo (con área): () _____

Empleador/Escuela: _____ Ocupación: _____

Dirección de su empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

¿Tiene usted seguro médico? Si No Médico de Cabecera: _____

SEGURO MÉDICO PRINCIPAL PARA SER PRESENTADO

Número de la póliza: _____ Número del grupo: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Nombre del asegurado: _____ Parentesco con el paciente: _____

Número de Seguro Social del Asegurado: _____ o Número de Identificación: _____

Nombre de la Compañía de Seguro Médico: _____ Teléfono de la Compañía de Seguro Médico: _____

Dirección de la Compañía de Seguro Médico: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

SEGURO MÉDICO SECUNDARIO PARA SER PRESENTADO

Número de la póliza: _____ Número del grupo: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Nombre del asegurado: _____ Parentesco con el paciente: _____

Número de Seguro Social del Asegurado: _____ o Número de Identificación: _____

Nombre de la Compañía de Seguro Médico: _____ Teléfono de la Compañía de Seguro Médico: _____

Dirección de la Compañía de Seguro Médico: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Contacto en caso de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

Yo entiendo que hay que hacer el pago en el momento en que los servicios sean prestados. Yo por la presente autorizo la divulgación de cualquier información médica a (1) una compañía de seguro médico por la cual cobro beneficios y (2) cualquier médico involucrado en mi cuidado médico. Sé que la autorización permite a los consultorios de médicos de LMC a divulgar cualquier información a cualquier de mis aseguradores o médicos tal como sea solicitada por cualquier asegurador o médico de tal naturaleza. Yo por la presente cedo todo beneficio médico y/ o quirúrgico al cual tengo derecho incluyendo Medicare, seguro privado, beneficios de póliza colectiva, y otros planes de salud a los consultorios de médicos de LMC. Los consultorios de médicos de LMC no facilitan crédito. Yo por la presente acepto pagar todo costo y honorarios razonables de abogado en el evento de que esta cuenta sea pasada a un abogado para cobranza. Yo entiendo que soy responsable económicamente a los consultorios de médicos de LMC por todos los cargos no cubiertos, aprobados o considerados necesarios por mi compañía de seguro médico. Yo pagaré en el momento del servicio o haré un arreglo de pago de mutuo acuerdo con la oficina de negocios.

Firma: _____ Fecha: _____

Firmado: _____ Fecha: _____

Firma de la parte responsable (si es distinta)