

Información del Paciente

(POR FAVOR IMPRIMA)

| | | | | |
|------------------------------------|--------------------|-------------------------|---|---------------|
| APELLIDO | | NOMBRE | | SN |
| FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | NUMERO DE SEGURO SOCIAL | NUMERO DE LICENSIA | |
| DIRECCION/DOMICILIO | | CIUDAD | ESTADO | CODIGO POSTAL |
| DIRECCION POSTAL (SI ES DIFERENTE) | | CIUDAD | ESTADO | CODIGO POSTAL |
| NUMERO DE TELEFONO-CASA | NUMERO DE CELLULAR | CORREO ELECTRONICO | ESTADO CIVIL (circulo) Casado Soltero Divorciado Viudo | |

CONTACTO DE EMERGENCIA

| | | |
|-----------|----------|--------------------|
| NOMBRE | RELACION | NUMERO DE TELEFONO |
| DIRECCION | | |

INFORMACION DE LA FARMACIA

| | |
|--------------------|--------------------|
| FARMACIA PREFERIDA | NUMERO DE TELEFONO |
| DIRECCION | |

INFORMACION DE ASEGURANZA

| | | |
|--------------------------|-----------------------|--|
| ASEGURANZA PRIMARIO | | NUMERO DE TELEFONO DE SERVICIOS DE PROVEEDOR |
| NUMERO DE IDENTIFICACION | | NUMERO DE GRUPO |
| SUSCRIPTOR | RELACION AL ASEGURADO | FECHA DE NACIMIENTO |
| ASEGURANZA SECONDARIO | | NUMERO DE TELEFONO DE SERVICIOS DE PROVEEDOR |
| NUMERO DE IDENTIFICACION | | NUMERO DE GRUPO |
| SUSCRIPTOR | RELACION AL ASEGURADO | FECHA DE NACIMIENTO |

OTRA INFORMACION

| | | |
|--|--------------------|--------------------|
| REFERIDO POR: | NUMERO DE TELEFONO | RELACION |
| EMPLEADO POR: | OCUPACION | NUMERO DE TELEFONO |
| RESPONSABLE (si menor, menores de 18 años de edad) | RELACION | NUMERO DE TELEFONO |

Todos los servicios profesionales prestados se cargan al paciente. El paciente es responsable del pago de honorarios del médico dentro de 30 días, independientemente de la cobertura de aseguranza o estatus de afirmaciones. Extensión de crédito más allá de 30 días debe ser discutida y aprobada por adelantado por la oficina de negocios. Todos los pagos recibidos serán aplicados a su saldo de cuenta o acreditados a su cuenta. Formularios necesarios serán completados y remitido a las compañías de seguros arriba para agilizar los pagos de la compañía de aseguranza. Cualquier documento que necesita ser llenado por un doctor (FMLA, invalidez, etc.) tendrá un costo de \$25.

AUTORIZACION Y ASIGNACION DE SEGURO (por favor lea y firme)

Por la presente autorizo C. FUNSHO FAGBOHUN, MD, PhD, P.A. para suministrar información a compañías de aseguranza con respecto a mi enfermedad y tratamientos. Por este medio de asignar a los médicos todos los pagos por servicios médicos prestados a mí o a mis dependientes. Entiendo que soy responsable de todos los cargos independientemente de la cobertura de aseguranza.

FIRMA: _____ FECHA: _____