

INFORMACION GENERAL DEL PACIENTE

FECHA: _____

1. NOMBRE: _____
2. DOMICILIO: _____
3. CIUDAD Y ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____
4. TELEFONO (DOMICILIO): _____ TELEFONO (TRABAJO): _____
5. LUGAR DE EMPLEO: _____
DIRECCION: _____
CIUDAD Y ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____
6. FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____
7. NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____
8. CASAMIENTO: _____
9. COMO SUPO DE ESTA OFICINA? MARQUE EL QUE APLIQUE.
POR RADIO EL PASO, INC. EL PERIODICO MEDICO AMISTAD
10. REFERIDO POR DOCTOR _____
11. ESPOSO/A PADRES: _____
12. CONTACTO/EMERGENCIA: _____ TELEFONO: _____
13. ESTA CONSULTA PERTENE A SU TRABAJO? _____ INICIALES DEL PACIENTE: _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

1. PRIMERA COMPAÑIA DE SEGURO: _____
DIRECCION: _____
CIUDAD Y ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____
TELEFONO: _____
2. GRUPO: _____
3. IDENTIFICACION/SEGURO SOCIAL: _____
4. NOMBRE DEL ASEGURADO: _____
5. POR CUAL COMPAÑIA: _____

1. SEGUNDA COMPAÑIA DE SEGURO: _____
2. NOMBRE DEL ASEGURADO: _____
DIRECCION DE COMPAÑIA DE SEGURO: _____
CIUDAD Y ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____
TELEFONO: _____
3. GRUPO: _____
4. IDENTIFICACION/ SEGURO SOCIAL: _____
5. NOMBRE DEL ASEGURADO: _____
6. POR CUAL COMPAÑIA: _____

AUTORIZACION DE PAGO

AUTORIZO QUE LOS HONORARIOS POR CONCEPTO DE LOS SERVICIOS MEDICOS PROPORCIONADOS POR EL PASO SURGICAL ASSOCIATES, P.A. SEAN PAGADOS DIRECTAMENTE A ELLOS. IGUALMENTE AUTORIZO PROPORCIONAR INFORMACION MEDICA SOBRE MI QUE SEA NECESARIA PARA PROCESAR DE ESTE RECLAMO.

EN CASO DE QUE A MI COMPAÑIA DE SEGURO MEDICO, O MEDICAR/MEDICAID, NO CUBRA LOS SERVICIOS DE EL PASO SURGICAL ASSOCIATES, P.A. ACEPTO LA RESPONSABILIDAD DE PAGAR LA CANTIDAD TOTAL DE MI SALDO.

FIRMA DEL PACIENTE
O DEL ASEGURADO

FECHA