

The Family Doctor Informacion del Paciente

Por favor escriba con letra de molde

Fecha: _____

No. de Archivo # _____

Apellido del paciente _____ Primer nombre _____

Sexo: _____ Estado matrimonial _____ Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____ Edad: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Zip: _____

Teléfono Local (_____) - _____ Seguro Social #: _____

Compania de trabajo: _____ Teléfono del trabajo: (_____)

Dirección: del trabajo: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono (_____)

POR FAVOR LENE TODA LA INFORMACION QUE SE LE PIDE

Partido responsable por pagar:

Apellido: _____ Primer nombre _____ Relacion al Paciente: _____

Dirección: del Asegurado: _____
Calle Ciudad Estado Zip

Telefono del Asegurado: # (_____) _____ - _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ / _____ / _____

Seguro Social del Asegurado: _____ - - _____ Compania de trabajo del Asegurado: _____

Telefono de la compania de trabajo: (_____) _____ - _____

METODO DE PAGO (SENALE EL CORRECTO)

- CASH CHECQUE TARJETA DE CREDITO

SE ANTICIPA OIJE PAGITE LA CIJENTA COMPLETA EL DIA DE LA VISITA

AL MENOS QUE SEA MIENBRO DE UNA DE LAS ORGANIZACIONES DE SEGURO EM LA SIGUIENTE LISTA:

Si la compania HMO/PPO si su seguro secundario, o si pertenece a un grupo que tiene un deductivo, el pago se equiere el dia de la visita. Si esta asegurado por una compania commercial, nuestra oficina le puede dar las formas para que pueda someterlas para el reembolso

- Aetna HMO/PPO BCBS - PPO/POS Choice Care Cigna HMO/PPO
 MedCost ONE Health PHCS PPO/POS United Health Plan
 Well Path Medicare *No aceptamos la asignación con Segiiro de enfermedad
 Workers Comp - con cuenta de la companla y la aprobacion del patron

*Yo autorizo que la información médica acerca de mi nesesaria para determinar los beneficios medicos sea revelada a la Health Care Finacing Administration.

Firma: _____ Fecha _____