

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

Nombre _____ Correo _____
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre Electronico _____
Direccion _____ Telefono _____ Celular _____
Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____
Sexo M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
Empleador o Escuela _____ Ocupacion _____
Direccion del Empleador o Escuela _____ Telefono del Empleador o Escuela _____
Quien lo refirio a nosotros? _____
En caso de emergencia, a quien se debera notificar? _____ Telefono _____

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y

AUTHORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION

Certifico que yo y/o mi(s) dependiente(s), tenemos/tiene(n) cobertura de seguro con _____
Nombre de la(s) Compania(s) de Seguro
y traspaso directamente al Dr. _____ los beneficios del seguro, si los hubiere, que de
otra manera serian pagaderos a mi por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por
todos los cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las
reclamaciones que se presenten ante el seguro.

El doctor nombrado anteriormente puede usar la informacion del cuidado de las salud acerca de mi y puede
divulgar dicha informacion a la(s) Companias(s) de Seguro mia anteriormente y a sus agentes con el fin de
obtener pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los
servicios relaciones. Esta autorizacion terminara cuando el plan de tratamiento actual se complete o un ano
despues de la fecha indicada a continuacion.

Se le pondra un cargo de \$25 a pacientes que no llamen para cancelar su cita con anticipacion. Gracias.

Firma del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal Fecha

Escriba en letra de molde el nombre del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal Relacion con el Paciente

ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACION DE PRACTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

Por el presente reconozco que he recibido un ejemplar de la Notificacion sobre Practicas de Confidencialidad y
que la he leído (o he tenido oportunidad de leerla, si hubiera deseado hacerlo) y la he comprendido.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) Fecha

Padre o representante autorizado (de ser aplicable)

Firma