

Informacion Del Paciente

Nombre Del Paciente: _____ Edad _____

Sexo: _____ # De Seguro Social: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Estado Civil S C D V

Direccion: _____ # De Apt. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Numero De Tel. De La Casa: _____ Numero De Tel. Del Trabajo: _____

Nombre De Esposo (a) _____ # De Tel. Del Trabajo: _____

Doctor De Cabezera: _____ # De Tel. _____

Doctor Refiriente: _____ # De Tel. _____

INFORMACION DEL SEGURO

*Nombre Del Seguro Primario: _____ Nombre Del Asegurado: _____

Relacion con El Paciente: _____ Fecha De Nacimiento Del Asegurado: _____

*Nombre Del Seguro Secundario: _____ Nombre Del Asegurado: _____

Relacion Con El Asegurado: _____ Fecha De Nacimiento Del Asegurado: _____

Asignacion de Pago

Yo autorizo al Dr. Michael C. Margulies a proveer al seguro con la informacion necesaria para procesar el cobro del seguro y tambien autorizo el pago de mi seguro al doctor por los servicios prestados: _____.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente/Padre/Tutor

Fecha

Autorizacion

Yo autorizo al Doctor a proveer la informacion medica u otra informacion requerida por las agencias del Seguro Social u otras agencias intermediarias. Informacion relacionada con la reclamacion al pago del medicare y permito que se utilice una copia de esta autorizacion en lugar de la original, ademas de los pagos por el seguro medico a las partes involucradas que acepten las regulaciones sobre los beneficiarios de medicare solamente.

Firma como aparece en la tarjeta de Medicare

Fecha

ACUERDOS

Estoy de acuerdo en pagar los cobros de los servicios prestados por laboratorios por esta oficina asi como reportes de patologia que no sean cubiertos en mi plan de seguro medico (en caso de no tener seguro) entiendo que estos cobros seran adicionales a cualquier cobro de esta oficina.

Firma del Paciente/Padre/Tutor

Fecha