

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Numero Seguro Social \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono Residencial \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_C \_\_\_\_S \_\_\_\_V \_\_\_\_D \_\_\_\_ Menor

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

¿Con Cual Medico Es Su Cita Hoy? \_\_\_\_\_

Medico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Como Se Entero De Nosotros? \_\_\_\_\_

Padres/Guardián Responsable: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_ Social Security No. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Teléfono Residencial \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Dirección Residencial \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro Primaria \_\_\_\_\_ Asegurado Primario \_\_\_\_\_

Póliza #ID \_\_\_\_\_ Grupo No# \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro Secundario \_\_\_\_\_ Asegurado Primario \_\_\_\_\_

Póliza #ID \_\_\_\_\_ Grupo No# \_\_\_\_\_

**\*\*\* Si el Titular de la Póliza No Es El Paciente, DEBEMOS TENER La Siguiente Información Para Presentar Su Reclamo Medico\*\*\***

Asegurado Primario: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_ Numero Seguro Social \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Relación del Paciente con el Asegurado \_\_\_\_Esposo/a \_\_\_\_Hijo/a \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Empleador del Paciente \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_

**EI PAGO DE TODOS LOS CO-PAGOS, DEDUCTIBLES, Y CUALQUIER OTROS HONORARIOS PACIENTES DE RESPONSABILIDAD SON DEBIDOS CUANDO LOS SERVICIOS SON RENDIDOS. SI TIENE UNA PREGUNTA ACERCA DE HONORARIOS, POR FAVOR CHEQUE CON NOSOTROS. ¡GRACIAS!**

**AUTORIZACION DE SEGURO Y TAREA**

Yo por la presente autorizo Atlanta ENT Sinus & Allergy Associates PC computadora personal para diagnosticar y tratarme. Yo también autorizo Atlanta ENT Sinus & Allergy Associates PC computadora personal para soltar médico y/o cualquier otra información a mi portador del seguro, el Medicare, y/o la Administración de Seguridad social y Administración de Financiamiento de Asistencia médica o sus intermediarios o los portadores, cualquier información necesito para el pago en Reclamos de Medicare/Compañía de seguros para servicios rendidos por Atlanta ENT Sinus & Allergy Associates PC computadora personal y/o es médicos. Permiso que una copia de esta autorización sea utilizada en lugar de la original, y en lugar de pago de petición de beneficios de seguro médico cualquiera a Atlanta ENT Sinus & Allergy Associates PC computadora personal y/o es médicos. Comprendo que es obligatorio notificar al proveedor de asistencia médica de cualquier otro partido que puede ser responsable de pagando por tratamiento. (Sección 1128B de las S Actúa y 31 U. S. C. 3801-3812 proporcionan penas para retener esta información). Yo también he sido informado de mis derechos a la intimidad a través de carteles y distribuciones contuvo dentro de esta oficina como puesto bajo el mandato bajo las leyes federales actuales de HIPPA.

Paciente o Tutor Legal Firma (Si el paciente menor de 18 años de edad)

Fecha